Jahrbuch

für

Kinderheilkunde

und

physische Erziehung.

Erster Band.

Dr. **Fr. Mayr,**
Primararzt des St. Josef-Kinderspitales in Wien,
Haupt-Redacteur.

Dr. **L. M. Politzer,**
Director des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes,

Dr. **M. Schuller,**
emer. Secundararzt der Wiener k. k. Findel-Anstalt,

Mitredacteure.

Wien, 1858.

Druck und Verlag der typografisch-literarisch-artistischen Anstalt
(L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.).

Sachregister des I. Jahrganges.

I.

Original-Aufsätze.

II.

Analecten.

III. Besprechung neuer medicinischer Werke.

IV.

Kinder-Heilanstalten.

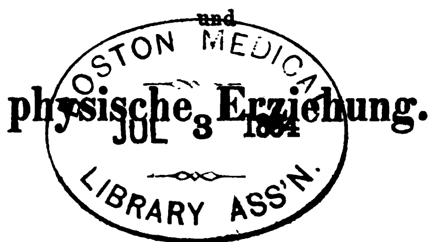
Jahrbuch

für

Kinderheilkunde

und

physische Erziehung.



I. Heft.

Dr. Fr. Mayr,
Primararzt des St. Josef-Kinderspitales in Wien,
Haupt-Redacteur.

Dr. L. M. Politzer,
Director des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes.

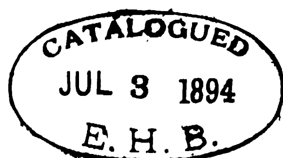
Dr. M. Schuller,
emer. Secundararzt der Wiener k. k. Findel-Anstalt.

Mitredacteure.



Wien, 1857.

Druck und Verlag der typografisch-literarisch-artistischen Anstalt
(L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.).



Vorrede.

Die Kinderheilkunde und physische Erziehung hat in den letzten Dezennien in Deutschland durch das Inslebenrufen von Kinderspitälern und Polykliniken die erste und nothwendigste Bedingung ihrer Ausbildung erlangt.

Die Leiter dieser Anstalten sind berufen, diesen wichtigen Zweig der Heilkunde zu pflegen, und ihn zum Gemeingute aller praktischen Aerzte zu machen.

Diese Idee durch Prof. Clar in Graz angeregt, fand bei den Fachmännern des In- und Auslandes, welche die 32ste Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien zusammenführte, die willkommenste Aufnahme und sogleiche Bethätigung durch den Beschluss, ein Jahrbuch „für Kinderheilkunde und physische Erziehung" zu gründen, mit dessen Redaction Dr. Mayr, Politzer, **Schuller** und **Bednař** — der mittlerweile zurückgetreten ist — mittelst Stimmenmehrheit betraut wurden.

Geschmeichelt durch das ehrenvolle Vertrauen der Fachmänner, sieht die Redaction in dem harmonischen Zusammenwirken derselben die sicherste Bürgschaft für die andauernde Lebensfähigkeit des Unternehmens, und für die Erreichung des Eingangs angedeuteten Zweckes.

Die Tendenz des Jahrbuches ist eine wissenschaftlich-praktische, fern von jeder Polemik, in so weit letztere nicht durch das wissenschaftliche Interesse selbst geboten ist. — Das anzustrebende Ziel glaubt die gefertigte Redaction zu erreichen:

A) Durch Originalaufsätze über einzelne Abschnitte der Kinderheilkunde in allgemein- und speciell-pathologischer, hygienischer und therapeutischer Richtung, wobei noch in letzterer Beziehung die Balneotherapie ihre Würdigung finden soll.

B) Durch Mittheilung der Fortschritte auf den verschiedenen Gebieten der Medicin und besonders der Erfahrungen An-

derer in der Kinderheilkunde, wenn dieselben einen wissenschaftlichen oder praktischen Nutzen gewähren (Analecten).

C) Durch unparteiische Kritiken von Monographien und Werken dieses Zweiges der Medicin.

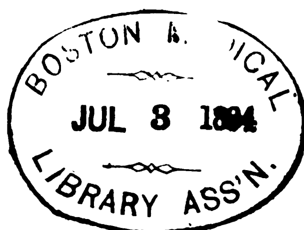
D) Die Krankenbewegung der Kinderheilanstalten und ein die wahren Fortschritte der Kinderheilkunde und physischen Erziehung verzeichnender Jahresbericht wird das Obige ergänzen.

Von der ursprünglichen Idee, die Zeitschrift jährlich in Einem Bande erscheinen zu lassen, ist man sowohl im eigenen als fremden Interesse abgekommen. Es erschien zweckmässiger, dieselbe in Vierteljahrshefte einzutheilen; einerseits bleiben wir auf diese Weise mit unseren Lesern in regerem, durch kürzere Zeiträume unterbrochenen Verkehr; andererseits ist es den Theilnehmern gewiss auch willkommener, das darin enthaltene Materiale, nach dem Bedürfnisse der Zeit vertheilt, nach und nach als mit einem Male zu erhalten und mit den Vorkommnissen in diesem speciellen Zweige der Heilkunde schneller vertraut zu werden, als dies innerhalb Jahresfrist möglich wäre.

Indem nun mit dem Erscheinen dieses ersten Heftes dieses von Fachmännern angeregte und geleitete Unternehmen ins Leben tritt, erscheint die Erwartung nicht zu gewagt, dass dessen Gelingen durch den Beitritt mancher, bis jetzt noch nicht dabei vertretenen wissenschaftlichen Kräfte gefördert und für die Folgezeit gesichert werden wird.

Wien am 1. Juli 1857.

Die Redaction.



Ueber die Untersuchung und Se
des kranken Kindes.

Von

Dr. Franz Mayr,

Primararzte des Kinderspitales zu St. Josef in Wien.

Der Arzt ist bei dem kranken Kinde fast aussc
das Objective der Erscheinungen angewiesen und
That es selten zu bereuen haben, wenn er sich in der
der Krankheit und der dagegen anzuwendenden Mitte
dasselbe, als durch eigene geistreiche Supposition und
sagen bestimmen lässt.

Indem wir hier eine Zusammenstellung der objec
heits-Erscheinungen zu geben versuchen, welche sich
durch eine sorgfältige Untersuchung ermitteln lassen
sich wohl von selbst, dass wir vorzüglich Kinder
Alter (nemlich Neugeborne, Säuglinge, kurz Kinder
burt bis zum Zahnwechsel) im Auge haben, indem
kungen späteren Alters weder besondere Eigenthümlic
ten, noch deren Erkenntniss mit grösseren Schwierigke
den ist, als bei Erwachsenen.

Der klare Sinn für objective Beobachtung ist nic
gleichem Grade gegeben, und er muss daher bei Alle
fige Uebung geschärft, so wie durch den Vergleich
Erscheinungen mit den innerlich stattfindenden, pa
Veränderungen erst geläutert werden. Die pathologisc
mit ihren Hilfswissenschaften bildet daher auch für de
die Grundlage seines reellen Wissens. Dieser Weg zur
ist lange und beschwerlich, er kann aber dadurch verl
leichtert werden, dass der Beobachter von vorne her
bis jetzt gemachten Erfahrungen auf den relativen W
inneren Zusammenhang der objectiven Merkmale auf
macht und dadurch zur richtigen Anschauung des kran
ganges im kindlichen Organismus gebracht wird. Darin
der Zweck dieser Abhandlung „über Semiotik

stellen dieselbe als das Alphabet der Kinderheilkunde an den Eingang unseres Jahrbuches *).

Die Untersuchung der Kinder erfordert nicht bloss Geduld, sondern auch eine gewisse Fertigkeit und Umsicht, welche durch Anleitung und fortgesetzte Uebung zu erlangen ist. Der Scharfblick mancher Collegen, welche sich rühmen, aus dem Gesichte der kleinen Patienten die Krankheit diagnostiziren zu können, mag wohl um so seltener werden, je genauer man es mit der Diagnose zu nehmen genöthigt ist.

Bei der vorzunehmenden Untersuchung ist es gut, eine gewisse Methode und Ordnung einzuhalten, weil auf solche Weise nichts Wichtiges übergangen und daher die grösste Vollständigkeit erzielt wird.

Die Untersuchung nach der anatomischen Anordnung der Theile hat bei Kindern, namentlich solchen, welche wir das erste Mal zu Gesichte bekommen, entschiedene Vorzüge: sie gibt uns das vollständige Bild des kindlichen Organismus in seinen verschiedenen Theilen, so wie von der Beschaffenheit und dem gegenseitigen Verhältnisse, welches zwischen einzelnen Parthien und Organen des Körpers obwaltet; wir werden dadurch oft auf Erscheinungen geführt, welche uns sonst entgangen wären. Ich will hier zur Bestätigung nicht von Beispielen Gebrauch machen, welche sich Jeder bald sammelt, wenn er genau und erschöpfend auf diese Weise die Untersuchung an kleinen Kindern vornimmt.

Einzelne Krankheits-Symptome sollen uns nie zufrieden stellen, noch weniger aber uns abhalten, das begonnene Examen bis zu Ende fortzusetzen; „vom Wirbel bis zur Zehe", denn es ist immer noch etwas zu finden und zu entdecken. Die Schwierigkeit der Diagnose in Kinderkrankheiten beruht nicht auf der Sprachlosigkeit der kleinen Patienten, sondern auf dem Schweigen der objectiven Erscheinungen für unsere Wahrnehmung.

Jedes Symptom, wenn auch anscheinend ohne besondere Be-

*) Ueber dieses Thema ist vielleicht ebenso oft als über Diätetik von Kinderärzten geschrieben worden, und dennoch hielt ich es nicht für überflüssig, dasselbe auch in dieser Zeitschrift vorzuführen. Es wird, so hoffen wir, dem Pädiatriker Gelegenheit verschaffen, das richtige Urtheil über unseren Standpunkt und über unsere Erfahrung zu fällen, dem anderweitig beschäftigten Praktiker manches Brauchbare bieten, und dem Anfänger in diesem Fache als Leitfaden bei der Untersuchung kranker Kinder dienen können. Auf Originalität machen wir bei einer Arbeit, deren Verdienst hauptsächlich in der Zusammenstellung schon bekannter Daten besteht, keine Ansprüche. Zur Grundlage dienen die seit 10 Jahren im St. Josef-Kinderspitale gesammelten Erfahrungen, Beobachtungen am Krankenbette, bestätigt oder berichtigt durch die Sektionsergebnisse.

deutung, soll beachtet werden, denn es gehört
glied in die Kette der übrigen Erscheinungen, a
ein Bild des pathologischen Prozesses zusammens

Indem die Unruhe des Kindes uns oft nöth
Ordnung der Untersuchung zu unterbrechen, oft
che Erscheinungen im Zustande der Ruhe zu be
brauche der Arzt die Vorsicht, dem Kinde, ohn
ihm zu beschäftigen, Zeit zu gönnen, dass es sich
wart und an seinen Anblick gewöhnen könne.

Man kann während der Zeit, als das Kind si
den Ausdruck der Gesichtszüge, seine Bewegunge
so wie das Athmen beobachten, und dann, wäh
etwas Ungewohntes die Aufmerksamkeit desselben
kleinen Kindern, indem man sie schnell gegen
kehrt), Puls und Hauttemperatur untersuchen; es
man dies Examen zu Ende gebracht hat, bevor
eintritt, welche sonst alle diese Erscheinungen schn
im Stande ist. Hat man auf diese Weise seinen Zw
geht man an die planmässige Untersuchung des
jedoch so, dass man Dinge, wie Auscultation und
namentlich die Inspection der Mundhöhle und des
vornimmt, denn mit dieser Manipulation erreicht
vielleicht bis jetzt noch erhaltene Friede zwischen
sein Ende.

Besonders wünschenswerth wird es sein, das K
schlafenden als auch im wachenden Zustande beob
nen, weil wir dadurch in den Stand gesetzt werden
Erscheinungen zu beurtheilen, ob sie mehr der Kra
Verstimmung und Erregung im Wachsein oder de
Schlafes zuzuschreiben seien.

Dem behandelnden Arzte gereicht es zu gros
wenn er das Kind auch in den Tagen der Gesundh
hat und Augenzeuge der Gewohnheiten, Lebenswei
müthsstimmung desselben gewesen ist. Die Mittheilu
ja selbst der Mütter, werden uns nie das leisten, w
schauung bietet.

Man unterlasse es nicht, namentlich kleinere K
etwas complicirteren Fällen erst nach ihrer vol
Entkleidung zu untersuchen, weil wir auf solche
wir den kleinen Patienten nackt und befreit von s
genden Umwicklung vor uns sehen, zu einer
Uebersicht des ganzen Körpers, zur Ve
der einzelnen Theile so wie zur Ansch
natürlichen Lage und Bewegung dersel
gen; diese

Erscheinungen am Kindes-Körper im Allgemeinen sind es, die uns bei dieser oberflächlichen Untersuchung zuerst auffallen werden. Die Eigenthümlichkeit desselben am Neugebornen und der Unterschied von dessen späterem Baue ist um so geringer und die Aehnlichkeit um so länger dauernd, je unthätiger dessen Bewegungsapparat verbleibt.

Die vorwaltende Grösse des Schädels über Gesicht und den übrigen Körper, die fassförmige Beschaffenheit des Stammes, dessen grösster Umfang in die Magen- und Lebergegend, dessen geringster in die obere Brustgegend und nach unten gegen das Becken zu fällt, kennzeichnen den Körper des Neugebornen, er erhält trotz der wenig entwickelten Muskulatur durch reichliche Fettunterlage nach aussen die gehörige Abrundung. Anomale Erscheinungen sind:

I. Verhältnissmässig mindere Körperlänge (mittlere des ausgetragenen Kindes 20 Zoll), ist Erbtheil in manchen Familien und Stämmen und hängt als Zwergwuchs stets mit Entwicklungsanomalien des Knochensystems zusammen, daher angeboren als *Rhachitis congenita*, mit unverhältnissmässig grossem Schädel, kurzen an den Epiphysen aufgetriebenen Extremitäten, kurzem comprimirtem Thorax und ausgedehntem Unterleibe. Die Behinderung des Wachsthums im späteren Kindesalter hält mit der Dauer des Erweichungszustandes der Knochen gleichen Schritt.

II. Allgemeine Atrophie. Scheinbar an unreifen, nicht ausgetragenen Kindern, an welchen neben der minderen Entwicklungsstufe der meisten Gebilde, die überwiegende Grösse des Schädels neben dem fettarmen Hautorgane zuerst ins Auge fällt. Findet sie sich an ausgetragenen Neugebornen, so ist sie das Product einer durch Erkrankung der Mutter oder der Frucht gestörten Ernährung *intra uterum*. Acute Krankheiten der Schwangeren haben durchschnittlich nur eine vorübergehende Stockung in der Ernährung zur Folge, wenn sie von nicht besonderer Intensität und langer Dauer sind; von den chronischen Krankheiten wirkt unzweifelhaft die secundäre Syphilis der Mutter am nachtheiligsten auf die Nutrition des Fötus ein, so dass er durchschnittlich frühzeitig abstirbt; nicht minder nachtheilig ist höherer Grad von Chlorose, während Tuberculose und Scrophulose in selteneren Fällen die Ernährung beeinträchtigen. Bei Säuglingen ist, in Abwesenheit einer besonderen Krankheit, der häufigste Grund im Mangel passender oder hinreichender Nahrung zu suchen, wobei entweder Unerfahrenheit und Unwissenheit oder selbst strafwürdige Vernachlässigung, seltener Noth im Spiele sind.

Gewöhnlich findet auch Abmagerung bei plötzlich und frühzeitig vorgenommenem Nahrungswechsel statt, bis die Ernährungs-

Organe zur Verarbeitung und Resorption des neuen Nährstoffes wieder geeignet sind. — Den schnellsten Verfall des kindlichen Körpers bewirken: die sogenannte *Cholera infantum*, profuse Darmcatarrhe, *Hydrocephalus acutus*, Miliartuberculose und Trismus. Exsudate, wenn sie nicht etwa durch ihre Menge eine Blutarmuth bedingen, Entzündungen der Respirationsorgane und der äussern Haut (*Erysipelas*), so wie acute Ausschläge führen den Verfall verhältnissmässig viel langsamer herbei. Syphilitische, scrophulöse, so wie rhachitische Kinder sehen häufig ganz wohl genährt aus, verfallen aber bei Hinzutritt einer acuten Affection sehr schnell.

III. Allgemeine Anämie oder vielmehr Oligaemie. Die Blutarmuth der Kinder ist entweder angeboren oder erworben. Im ersteren Falle trägt ein ähnlicher Zustand der Mutter daran Schuld, welcher durch Blutverluste während der Schwangerschaft oder durch Krankheit (Tuberculose, Hydrops, Chlorose etc.) bewirkt wurde; im letzteren Falle gibt schlechte unpassende Ernährung, Mangel an frischer Luft, so wie der Beginn von Lungen- und Drüsentuberculose und vorzüglich die Rhachitis dazu Veranlassung.

Dass bei einem Kinde oft schon geringer Blutverlust (durch Blutungen aus Nase, Mund oder Wunden) zu diesem Zustande führt, versteht sich von selbst. Das Aussehen dieser Kinder ist durch die Blässe der allgemeinen Decke und insbesondere der Schleimhäute gekennzeichnet; unter der transparenten Haut schimmern die bläulichen Gefässe durch. Bei manchen Kindern leidet darunter die Ernährung scheinbar nicht, die Körpertheile zeigen abgerundete Formen, jedoch sind die Muskeln schwach, die Bewegung träge, das Fett weich, die Wärmeentwicklung an der Körperoberfläche vermindert. Das Zellgewebe collabirt bei geringer Erkrankung (z. B. Entero- oder *Bronchocatarrhus*) sehr schnell und die Prognose ist durchschnittlich ungünstig.

IV. Ungleiche Entwicklung der Körperhälften, so dass entweder eine seitliche oder die untere Hälfte des Körpers in ihrer gehörigen Ausbildung und ihrem gleichmässigen Wachsthume zurückbleibt. In manchen Fällen ist diese Anomalie in auffallend hohem Grade vorhanden, in anderen sind nur bloss einzelne Theile, z. B. Knochen, Muskeln, in ihrer Entwicklung gehindert worden; dass wir die im späteren Kindesalter durch anhaltende Uebung einer Seite erzielte stärkere Ausbildung derselben und daher relative Schwäche der andern nicht vor Augen haben, versteht sich von selbst. Die halbseitige Entwicklungshemmung findet sich seltener, ist meistens angeboren, kann aber auch durch mechanische Verletzung, welche während des Geburtsactes einen Theil des Schädels treffen, so wie nach demselben durch hinzutretende Affectionen des Hirns und verlängerten Markes herbeigeführt werden. So weit uns ein

Schluss aus analogen Befunden gestattet ist, bilden Hämorrhagien und Exsudate, so wie die dadurch herbeigeführten pathologischen Veränderungen in der Nervensubstanz die häufigeren Ursachen dieses Zustandes, seltener mag eine unvollständige, mangelhafte Nervenbildung oder Druck, durch Exostosen, Knochenneubildung etc. ausgeübt, daran Schuld tragen. In späterem Kindesalter ist diese Anomalie nur die Folge einer halbseitigen Lähmung, welche durch eine chronische Gehirntuberculose, Sclerose der Hirnsubstanz, oder einen in seinem Verlaufe sistirten Hydrocephalus hervorgerufen wurde. Die angeborne halbseitige Atrophie zeigt die vorzüglichsten Veränderungen an den Schädelknochen, die erworbene mehr an dem Schwunde der Weichtheile. Wir finden daher im ersteren Falle eine Seite des Schädeldaches vertieft, die entsprechende Stirnhälfte abgeflacht, die Schläfe eingesunken, in manchen Fällen selbst das Auge, Ohr und Unterkiefer dieser Hälfte kleiner, die Extremitäten schwächer entwickelt, was besonders an der Handform auffält, die Bewegungen kraftloser; — im letzteren Falle treten alle jene Erscheinungen ein, welche eine nach Hemiplegie erfolgende Atrophie der Weichtheile zu begleiten pflegen, und treffen vorzüglich das Augenhöhlenzellgewebe, die Muskulatur und das Fettgewebe des Gesichtes, Halses und beider Extremitäten. Kinder mit dieser zweiten Form erreichen selten die Pubertätsjahre, während man die Spuren der ersteren manchmal noch an erwachsenen Leuten wahrnehmen kann.

Entwicklungshemmung und Atrophie der unteren Körperhälfte, des Beckens und der unteren Extremitäten ist die Folge eines höheren oder minderen Grades von Lähmung der Bewegungsnerven, welche die Muskulatur dieser Theile versorgen: bei angeborner Hydrorrhachie, im späteren Kindesalter, bei stattfindendem Drucke auf das Rückenmark, ferner bei Abscess- oder Exsudatbildung in der Rückenmarkshöhle (Exostose, Caries der Wirbelbeine und dadurch bewirkter chronischer Entzündung der Rückenmarkshäute). Bei solchen Kindern ist die Muskulatur der Waden, Schenkel und des Gesässes unentwickelt, die Haut welk, und bei angebornem Uebel selbst Becken-Schenkel und Fuss-Knochen nicht gehörig ausgebildet, während der obere Theil des Körpers normal sich entwickelt und zunimmt.

V. Anomales Verhältniss der einzelnen Körpertheile zu einander hinsichtlich der Grösse; in dieser Beziehung treten besonders zwei Anomalien zu Tage, nämlich auffallende Volumszunahme des Kopfes oder des Bauches auf Unkosten aller übrigen Gebilde.

Unverhältnissmässige Vergrösserung des Schädels, bei scheinbar zunehmender Verkleinerung des Gesichtes, gehemmter Entwicklung des Knochengerüstes und der Muskeln findet sich bei

Hydrocephalus chronicus acquisitus und *connatus*; — auffallende Grösse des Schädels mit anomaler Knochenbildung und dadurch bedingter Auftreibung der Epiphysen, der Gelenksende der Knochen, Erweichung ihrer Substanz mit Laxität aller Gewebe bei *Hypertrophia cerebri* in Folge der Rhachitis.

Unverhältnissmässig grosser Umfang des Unterleibes bei tympanitischem Schalle und mässigen Schmerzen beim Drucke, während der übrige Körper hinsichtlich seiner Ernährung keine besondere Abnahme zeigt, findet sich in Folge bedeutender Ausdehnung der erschlafften Gedärme durch Gas; wie sich solches besonders bei Säuglingen, die an anhaltender Dyspepsie leiden und im späteren Alter bei rhachitischen Kindern beobachten lässt.

Die Ausdehnung des Bauches mit bedeutender Spannung seiner Wandungen und stellenweisen heftigen Schmerzen mit Abmagerung des Körpers begleitet die Tuberculose der Gekrösdrüsen in ihrem Beginn.

Die abnorme Volumszunahme des Unterleibes bei nachweisbarer Schwappung constatirt die Wasser- oder Exsudatansammlung in dem Peritonäalsacke, im ersteren Falle als Ascites mit geringerem Schmerze, Nabelvortreibung und gleichzeitiger ödematöser Schwellung anderer Theile — im zweiten Falle als *Exsudatum peritonäale* mit heftigen Schmerzen bei leiser Berührung und allgemeiner Abmagerung bei Tuberculose des Bauchfelles oder der Mesenterialdrüsen.

Wir begnügen uns hier, nur diese auffallendsten Anomalien im Gleichmasse des Körpers angegeben zu haben, um Störungen desselben im minderen Grade bei der Untersuchung der einzelnen Körpertheile anzuführen.

VI. Lage und Haltung des Körpers. So wie das Neugeborene eine seiner früheren, im Mutterleibe innegehabten ähnliche Lage sucht, so folgt auch das grössere Kind in dieser Beziehung einer mehr freiwillig oder unfreiwillig angenommenen Gewohnheit.

Kinder mit Hypertrophie der Leber vertragen die linke Seitenlage besonders nach dem Saugen nicht lange, wegen des ihnen lästigen Druckes, welchen die vergrösserte Leber auf den vollen Magen ausübt.

Kinder mit cyanotischen Anfällen vertragen ebenfalls die rechte Seitenlage oder Rückenlage am besten.

Bei Exsudaten in inneren Höhlen (Hirn-Seitenventrikel, Meningeal-, Pleura- und Peritonäalsack) nehmen die Kinder in der Regel die Lage auf der Seite ein, wo das Exsudat in grösserer Menge angesammelt ist.

Bei Basilar-Meningitis ist die Lage eine gestreckte Rücken- oder Seitenlage mit stark nach rückwärts gezogenem Hinterhaupte. Bei Affectionen einer Hirnhemisphäre (Abscess, *Haemor-*

rhagia circumscripta, Tuberkel) legt sich das Kind auf die afficirte Seite.

Das Liegen auf dem Gesichte ist Folge der Lichtscheu, und die Bauchlage von schmerzhaften Affectionen der Wirbelsäule.

Die gestreckte Rückenlage mit auffallendem Strecken des Halses ist die Folge hochgradiger Dyspnoe, wie sie bei Croup, Laryngo-spasmus, ausgebreiteter Bronchitis, Pneumonie etc. einzutreten pflegt.

Die zusammengezogene Körperlage mit Anziehen der Füsse an den Bauch beobachtet man bei anhaltenden Schmerzen des Unterleibes, wie sie bei Enteritis, Peritonitis etc. vorhanden sind.

Beständige Veränderung der Lage, Unruhe begleitet jede Art von Missbehagen, welches durch Fieber und jegliche Functionsstörung verursacht wird.

Ein ängstliches Wälzen, Winden des Körpers deutet auf intensiven Schmerzanfall, und wird daher im Beginne von Hydrocephalus acutus, bei Otitis, Kolik, Dysurie und spastischen Muskel-Contractionen beobachtet.

Die sitzende Stellung mit kreuzweis gelegten, oder die liegende Stellung mit über den Bauch gekreuzten Füssen beobachtet man bei Tuberculose der Mesenterialdrüsen und dadurch bewirktem Peritonäal-Exsudate.

VII. Anomalie der Bewegung. Die normale Bewegung des Säuglings besteht in einem behaglichen Dehnen, Strecken und Beugen der einzelnen Körpertheile ohne Hast und Schmerzensäusserung. Eine gleichmässige allgemeine Muskelaction dieser Art gehört zum Begriff der Gesundheit des Kindes.

Diese Muskelbewegung des Kindes kann aber in doppelter Beziehung anomal werden, nämlich indem sie der Einwirkung des Willens entzogen, ungeregelt und zu stark, oder zu schwach, ja selbst ganz unmöglich wird; im ersteren Falle haben wir es mit einem spastischen, im letzteren mit einem paralytischen Zustande zu thun.

Das Auffahren oder Aufschrecken, eine durch Schreck hervorgerufene, aber schnell vorübergehende Muskel-Contraction, wird bei Kindern beobachtet, deren Nervensystem besonders leicht erregbar ist, und ist daher zarten, anämischen, mit leichteren Graden von Hirnhypertrophie behafteten Säuglingen eigen. Kommt es an einem Kinde vor, welches sonst nie daran litt, wird dadurch der kaum beginnende Schlummer zu wiederholten Malen unterbrochen, ohne dass irgend eine äussere Störung daran Schuld trägt, so ist es jedenfalls ein Zeichen von nervöser Erregung oder von Hirnhyperämie, in Folge beginnenden Fiebers oder einer Functionsstörung; es ist oft der Vorbote von Convulsionen. —

Das Zittern ist bei kleinen Kindern, wo es nicht Folge von Furcht ist, der Ausdruck heftiger Schmerzen, und es stellt sich ein, wenn man den krankhaft afficirten, sehr schmerzhaften Theil untersucht und betastet; geschieht dieses auf eine zu wenig schonende Weise, so kann es in Convulsionen übergehen.

Schnell und stossweise, wie durch einen unterbrochenen starken electrischen Strom hervorgebrachte, schmerzhafte Muskel-Contractionen heisst man Convulsionen (Fraisen), sie werden durch krankhafte Erregung der motorischen Nerven hervorgebracht, beschränken sich oft auf einzelne Muskeln oder Muskelparthien (partielle), oder sind über den ganzen Körper verbreitet (allgemeine). — Am auffallendsten treten diese Bewegungen hervor an der Muskulatur des Auges, des Gesichtes, der Schlingwerkzeuge und der Extremitäten, und sind so verschiedenartig und wechselnd, als die Muskeln des Körpers zahlreich und mannigfaltig vertheilt sind. In der Mehrzahl der Fälle sind sie blos Symptom einer Gehirn- oder Rückenmarksaffection (bei Hyperämie so gut, wie bei Anämie nach erschöpfenden Krankheiten, *Hypertrophia cerebri*, bei Apoplexie, Hydrops, Meningitis, Encephalitis, Tuberculose etc.), seltener sind die Fälle, wo sie als Symptom einer Bluterkrankung auftreten (bei Phlebitis, Vergiftung durch schädliche Nahrung und Arzneistoffe, oder auch durch Aufnahme und zu heftige Wirkung contagiöser Gifte, wie bei Infection durch Variola, Scarlatina). Manchmal sind sie Reflexwirkungen anderer Krankheiten und Functionsstörungen, und begleiten die Ueberfüllung des Magens, der Harnblase, die Kolikanfälle, ferner die Entzündungen, namentlich seröser Häute. In manchen Fällen lässt sich durch die genaueste Untersuchung kein positiver Grund auffinden, und es mag derselbe wohl in eigenthümlichen Veränderungen, welche in der Nervensubstanz selbst vor sich gehen, und von denen wir bis jetzt keine Vorstellung und Erfahrung haben, aufzusuchen sein. Solchen geheimnissvollen Vorgängen die Schwierigkeit der Dentition, die Gegenwart von Würmern, oder die Entwickelung als Ursachen unterzustellen, fand ich mich bis jetzt durch keine Beobachtung veranlasst.

Das Vorkommen der Convulsionen ist um so häufiger, je jünger ein Kind ist; und sie sind für dieselben um desto gefährlicher, je mehr und je länger Zeichen einer Hirn- oder Brust-Affection vorausgingen.

Convulsionen, welche im Beginn einer Krankheit sich einstellen, und auf welche intensive Fieberhitze folgt, vertreten bei zarten Kindern das Froststadium; selbst bei stärkeren Säuglingen, welche an Intermittens leiden, erscheinen im Frostanfalle Fraisen,

Convulsionen, welche sich Verletzungen oder Entzündungen an der Körperoberfläche, so wie Affectionen des Unterleibes beigesellen, sind selten mit momentaner Gefahr verbunden.

Dagegen kann bei bestehender, wenn auch geringer Hirn-Affection (Anämie, Hyperämie, Hypertrophie), so wie bei vorausgegangener Krankheit der Luftwege, selbst bei einfacher Bronchitis, durch Erstickung plötzlich der Tod erfolgen.

Einseitige Convulsionen sind stets von einem lokalen Hirnleiden abzuleiten; kehren dieselben von Zeit zu Zeit wieder, hinterlassen sie lichte Intervalle, und gesellen sich ihnen jedesmal Erythemflecke bei, so wird der Schluss auf Tuberculose des Hirns selten trügen.

Bei bestehenden Kopfkrankheiten, besonders bei *Hydrocephalus acutus*, bezeichnet der Eintritt der Fraisen nicht den Erguss, sondern die bereits vorhandenen Folgen desselben, gewöhnlich die Erweichung der Hirnsubstanz.

Vorwaltende andauernde Contraction der Muskulatur unter Schmerzen nennt man tonischen Krampf oder *Tetanus*; er beschränkt sich entweder blos auf einzelne Muskeln (*Crampus*, *Trismus*), oder er verbreitet sich über den ganzen Körper; seine Heftigkeit macht Remissionen, seltener Intermissionen; die heftigsten Contractionen finden in der Muskulatur, welche den Unterkiefer anzieht, ferner im Genicke, am Rücken und an den Extremitäten statt. Bei Säuglingen beginnt er mit *Trismus* aus bis jetzt unbekannten Gründen, und ohne constante pathologische Veränderung im Hirne und im Nervensystem, breitet sich bald auf die Muskeln des übrigen Körpers aus, und endet fast ohne Ausnahme mit dem Tode. Bei Säuglingen und grösseren Kindern erscheint der Tetanus nur in Folge einer Nervenverletzung oder einer Hirn- und Rückenmarksaffection (*Meningitis basilaris et spinalis*, Encephalitis, Tuberculose des Kleinhirns und verlängerten Markes), und ist im letzteren Falle von schlimmster prognostischer Bedeutung. Es gehen ihm häufig Convulsionen voraus, bis endlich die Contraction der Muskeln des Nackens, Rückens und der Extremitäten bleibend wird.

Sowohl die Convulsionen als der Tetanus haben in den meisten Fällen ihre vorausgehenden Anzeichen oder zu Grunde liegenden Krankheiten, durch die sie bedingt werden, und zeigen in ihrem Beginne eine successive Steigerung ihrer Erscheinungen.

Contracturen, welche an sonst gesunden Kindern und bei normalem Pulse blitzschnell auftreten, dann in Zuckungen übergehen, höchstens eine Viertelstunde anhalten, mit vollständigem Verlust des Bewusstseins verbunden sind, und meistens mit Schlaf endigen, charakterisiren den epileptischen Anfall. Indem bei kleineren Kindern das Hauptcriterium, nämlich das vollstän-

dige Schwinden des Bewusstseins, nicht nachzuweisen ist, so kann in solchen Fällen nur das oftmalige Wiederkehren des Anfalls, das wenigstens im Beginne der Krankheit ganz normale Befinden in der Zwischenzeit, so wie das jedesmalige plötzliche Auftreten der Krämpfe entscheiden.

Ungeregelte Bewegungen, welche bei vollem Bewusstsein geschehen, durch den Einfluss des Willens, wenn auch nur bis zu einem bestimmten Grade, sich beherrschen lassen, und während des Schlafes ruhen, sind der *Chorea* eigen. Wenn auch öfters Anämie als Ursache nachweisbar ist, so liegen ihr sicher pathologische Zustände der Nervensubstanz zu Grunde, welche aber bis jetzt noch unbekannt sind.

Die schwache Bewegung, Muskelschwäche, ist bei Neugebornen ein Zeichen nicht vollkommener Entwicklung der einzelnen Körpertheile (bei unreifen und sogenannten lebensschwachen Früchten), so wie ein steter Begleiter der *Asphyxie*, welche in Folge der während des Geburtsactes stattgefundenen mechanischen Beleidigungen, langer Einkeilung, andauernden Druckes auf Hals- und Nabelgefässe, bedeutender Blutung etc. zu erfolgen pflegt, und nebstdem auch einen Stillstand der unwillkürlichen Muskelaction (Pulslosigkeit) mit sich führt.

Die Muskeln solcher Kinder sind erschlafft, die Augen halb geöffnet, der Unterkiefer herabhängend, der Kopf nach rückwärts oder seitwärts sinkend, die Arme und Füsse hängend; erfolgt eine Bewegung, so geht sie träge und kraftlos vor sich und hört bald wieder auf. Bei Säuglingen stellt sich ein solcher Zustand nur in Folge einer plötzlichen oder hochgradigen Erkrankung ein, und ist jedesmal von schlimmster Vorbedeutung. Plötzlich erlahmen die Muskeln bei inneren Hämorrhagien, *Cholera infantum*, schnell erfolgenden serösen Exsudationen in die Hirnhöhlen, bei Blutzersetzungen in Folge Infection durch Variolen- und Scharlachgift. Auffallend ist die Muskelschwäche syphilitischer und rhachitischer Kinder, bei letzteren mehr secundär, und zwar theilweise auch aus ihrer Unthätigkeit entspringend. Schwäche einzelner Muskeln oder Muskelparthien ist, wenn sie nicht durch Behinderung der Bewegung bei Knochenbrüchen, Abscessen etc. bedingt wird, in einer Erkrankung der Muskelsubstanz oder der motorischen Nerven zu suchen.

Die Paralyse, der gänzliche oder beschränkte Verlust der Bewegung, trifft bei Neugeborenen die Muskulatur einer Gesichtshälfte, des Halses, einer Körperseite, oder einzelner Extremitäten; wenn sie nicht Folge einer angebornen Bildungshemmung ist, so trägt daran gewöhnlich Druck auf das Hirn, und dadurch verursachte Extravasate, Zerrung des verlängerten Markes und Erkrankung der *Meninx spinalis* oder des Rück-

grates Schuld. Bei Säuglingen und grösseren Kindern folgt die Lähmung häufig auf die vorausgegangenen Convulsionen und wird wie diese durch Hirntuberculose, Hydrocephalus, seltener durch Hämorrhagie etc. bedingt. Sie erscheint meistens in Form der Hemiplegie oder Paraplegie, und ist in beiden Fällen, so lange die Entzündung der Meningen im Hirne oder Rückenmarke fortdauert, die Empfindung in den gelähmten Theilen nicht bloss nicht aufgehoben, sondern in einem erhöhten Grade vorhanden, so dass oft kaum die leiseste Berührung vertragen wird.

VIII. Gewicht des Körpers. Das normale Gewicht des Neugebornen beträgt 6—7 W. Pfund. Eine auffallende Differenz in dieser Beziehung tritt bei rhachitischen Kindern ein, ohne dass für das Auge des Beobachters eine verhältnissmässige Zunahme oder Abnahme des Körperumfanges sichtbar wäre. In dem Grade als der rhachitische Erkrankungsprocess vorwärts schreitet, nimmt das Körpergewicht ab, um auf der Höhe der Krankheit das Minimum zu erreichen; mit eintretender und vorwärts schreitender Besserung nimmt das Gewicht wieder zu, um nach vollendeter Krankheit eine Höhe zu erreichen, wie sie bei einem sonst gesund gebliebenen Kinde von gleichem Körperumfange nicht getroffen wird. Die auffallende Gewichts-Abnahme wird in diesem Falle durch den Mangel der Knochenerde, die fortwährende Erweiterung der Beinzellen und Markhöhlen und durch die zunehmende Durchfeuchtung aller übrigen Gewebe bedingt; so wie nach geschehener Heilung, nachdem der Ansatz der knochenbildenden Kalksalze in überwiegender Weise geschehen ist, der sclerosirte, dem Elfenbeine ähnliche Knochen bedeutend schwerer sein muss, als der normale, poröse. Genaue Beobachtungen über Zu- und Abnahme des Körpergewichtes geben daher bei rhachitischen Kindern einen guten Massstab für die Bemessung der Fort- und Rückschritte in der Ossification.

Indem wir hiermit einige allgemeine Andeutungen über den Kindeskörper gegeben, müssen wir bemerken, dass eine Darstellung aller angebornen Missbildungen wegen ihrer Mannigfaltigkeit etwas zu weit führen würde, und dass die Beschreibung jener angebornen Deformitäten, welche in prognostischer und therapeutischer Beziehung von Bedeutung sind, bei der speciellen Untersuchung ihre Stelle finden wird. Bevor wir jedoch zu derselben übergehen, müssen wir noch über Constitution, Diathese und Habitus des Kindeskörpers einige Worte sagen, indem diese Bezeichnungen in keiner Semiotik fehlen dürfen.

Die Constitution des kindlichen Organismus ist der allgemeine Ausdruck für das Gedeihen und Befinden eines Kindes, und man spricht in diesem Sinne von einer starken und schwachen, so wie von einer gesunden und kranken Constitution,

mit andern Worten heisst dies nicht mehr, als das Kind ist gut oder schlecht genährt, mehr weniger stark oder schwach entwickelt, gesund oder krank.

Die krankhafte Disposition oder Diathese; die Anlage zu einer Krankheit. Bieten der kindliche Körper und dessen Verrichtungen solche anomale Erscheinungen, welche auf eine gewisse Erkrankung hindeuten, so ist dieses keine Anlage, sondern ein bereits vorhandener wenn gleich niederer Grad jener Krankheit zu nennen; wenn sich aber nichts Krankhaftes vorfindet, so ist die sogenannte Anlage einfach eine Befürchtung, dass das Kind an diesem oder jenem Uebel erkranken könnte, weil Vater oder Mutter, so wie die früher gebornen Kinder daran gelitten haben; in diesem Sinne spricht man von einer erblichen Anlage.

Der krankhafte Habitus, der scrophulöse, rhachitische, phthisische, syphilitische (!) etc. will auch nicht mehr bedeuten, als dass eine dieser Erkrankungen bereits vorhanden sei, und zwar in einem Grade, dass dadurch charakteristische Veränderungen im Körper gesetzt wurden, und derselbe deswegen ein bestimmtes Aussehen, eine besondere Haltung etc. bekommen hat. Diese Bezeichnung ist daher nur dann passend gebraucht, wenn man darunter das Krankheitsbild selbst versteht, in wie weit sich dasselbe für unser Auge am Körper des Kindes ausprägt. So würde man es gewiss unpassend finden, bei einem Kinde, welches Tuberkel oder Craniotabes hat, von einem *Habitus phthisicus* oder *rhachiticus* zu sprechen, ohne dass diese Affectionen nur den geringsten Reflex auf den Organismus ausgeübt, und dennoch ist schon eine ausgesprochene Krankheit vorhanden. Wir wollen uns daher nicht länger mit Exposition dieser vagen Begriffe abgeben, und lieber zur Untersuchung der einzelnen Theile des kindlichen Körpers übergehen.

Untersuchung des Kopfes.

Wir unterscheiden am Kopfe den Schädel- und den Gesichtstheil, der erstere ist bei dem Neugebornen und Säugling wegen grosser Distanz der Scheitelhöcker, stärkerer Wölbung des Hinterhauptes und bedeutenden Vorragens der Stirnhöcker über den Gesichtstheil überwiegend, welch letzterer wegen geringer Entwicklung der Schädelbasis und des Unterkiefers noch mehr zurücktritt. Mit vorschreitendem Alter nimmt Schädelbasis und Kiefer zu, die Schädeldecke gegenüber dem Gesichte ab.

Anomalie der Form des Schädels.

Die verschiedenen Formen des Schädels werden durch die Entwicklung des Hirnes (Atrophie, Hypertrophie und ungleiche

Ausbildung), durch verfrühte oder verspätete Schliessung der Nähte und Fontanellen (Synostose und Diastase), so wie durch Ansammlung krankhafter Producte bedingt. Auf diese Weise entsteht:

1. Der Schmalkopf; kurzer schmaler Schädel, die Scheitelbeine unter spitzem Winkel verschmolzen, ohne merkliche *tubera parietalia*; der Stirn- und Pfeilnaht entspricht eine kielartige Vorragung. Diese Form ist Product einer zu frühzeitigen Synostose der Pfeilnaht und vorderen Fontanelle. Je früher die vollständige Verknöcherung geschieht, desto mehr wird die Entwicklung des Hirns gehemmt und die Kinder haben den Typus von Cretins.

2. Der Breitkopf, verflachtes Schädeldach, mit stark entwickelten Stirn- und Scheitelbeinhöckern; den Nähten entsprechen Furchen, der grossen Fontanelle eine Glabella, die tief in die Stirn vorgeht. Diese Schädelbildung wird erzeugt durch langes Offenbleiben der Fontanellen und Nähte bei Hirnhypertrophie. Kinder dieser Art sind häufig geistig sehr begabt.

Langes Offenbleiben der Kreuznaht und grossen Fontanelle bei hoher Stirne und hohen Scheitelbeinen hinterlässt eine tiefe Einsenkung in der Richtung der Kreuznaht (Sattelkopf).

3. Der Spitzkopf; kurzer Schädel mit breiter Basis, grösserer Erhebung der vorderen Fontanellengegend und abgeflachtem Hinterhaupte; er bildet sich bei langem Offenbleiben der grossen Fontanelle und frühzeitiger Verknöcherung der Lambda-, Pfeil- und Warzennaht. Man beobachtet ihn selten.

4. Der Schiefkopf, ungleichseitiger Schädel, durch verfrühte Schliessung einer Nahthälfte (z. B. der Lambda- oder Kranznaht) erzeugt. Häufig liegt ungleichseitige Entwicklung des Hirns oder Atrophie zu Grunde.

Starke Verflachung der Stirn- oder Scheitelgegend wird bei Neugebornen in Folge bedeutender Hirnbrüche (Encephalocele und Hemicephalie) beobachtet.

Einseitige Hebung des Stirn- oder Scheitelbeines kann bei noch nicht geschehener zackiger Vereinigung der Knochenränder bei bedeutendem Bluterguss zwischen Hirn- und Schädeldecke stattfinden.

Depressionen einzelner Theile des Schädelgewölbes, wenn sie nicht Effecte des Eindruckes durch äussere Gewalt sind, setzen eine Atrophie des Hirnes (meist in Folge vorausgegangener Hemiplegie) an dieser Stelle voraus.

Bei der Missstaltung des Schädels durch chronische Wasseransammlung tritt besonders dessen Raumvergrösserung hervor, daher wir dessen unter der Grössen-Anomalie Erwähnung thun werden.

Anomaler Umfang des Schädels.

(Der normale Durchmesser am Schädel des reifen Neugebornen beträgt: 3—4 Zoll der lange gerade, $2^1/_2$ — 3 Zoll der lange quere, 4—5 Zoll der Durchmesser vom Kinn bis zum Scheitel; grösste Peripherie des Kopfes 13—14 Zoll — Thorax-Umfang 9—10 Zoll; Schulterbreite $4^1/_2$ — 5 Zoll zu einer mittleren Körperlänge von 20 Zoll.)

Die Messungen des Kopfes, um dessen Grösse zu ermitteln, sind nur dann von semiotischem Werthe, wenn sie an einem und demselben Kinde von Zeit zu Zeit, verglichen mit der Entwicklung *in longum et latum* der übrigen Körpertheile, oder wenn sie während der Dauer einer Kopfkrankheit mit grösstmöglicher Genauigkeit (am besten mit Hilfe eines Zirkels) vorgenommen werden. Für grössere Differenzen genügt das Augenmass. Wir unterscheiden nach demselben einen Microcephalus und Macrocephalus.

Die abnorme Kleinheit des Schädels, charakterisirt durch auffallende Verkürzung beider Durchmesser und verflachte Stirne, ist die Folge angeborner Atrophie oder Vorlagerung des Hirns (Encephalocele).

Die abnorme Vergrösserung wird bewirkt: durch Ansammlung von Wasser (Hydrocephalus) oder durch Hypertrophie der Hirnsubstanz.

Die Ansammlung des Wassers geschieht vorzugsweise in den beiden Seitenventrikeln *(H. internus)*; ein Hydrops der Arachnoidea *(H. externus)* in solcher Menge, dass dadurch eine Schädelvergrösserung eintritt, gehört zu den pathologischen Raritäten. (Bednař beobachtete unter 30.000 Findlingen nur einen Fall; 2 Pfund Serum.) Angenommen die Möglichkeit, dass eine Cyste am apoplectischen Herde eine solche Vergrösserung erreichen würde, dass sie eine Schädelerweiterung verursachte, so würde auch diese nur eine partielle und keine allgemeine sein. — Der Hydrocephalus chronicus ist ferner in $^4/_5$ Fällen angeboren. Es ist nothwendig, eine Gegenüberstellung beider pathologischer Zustände zu geben.

Hypertrophia cerebri.	***Hydrocephalus chronicus.***
Die Form des Schädels mehr breit, fast eckig bei stark vorragender Stirne und Scheitelbeinhöckern;	kuglig, nach allen Seiten gleichmässig erweitert, ohne besondere Vorsprünge;
die Schädelerweiterung geht langsam fast unmerklich vor sich, und erreicht nie einen besonders hohen Grad, dass ein auffallendes Missverhältniss zwischen Gesichts- und Hirnschädel einträte;	geht rasch vor sich, so dass sich nach einem halben Monate schon eine merkbare Zunahme der Durchmesser zeigt; abnormes Missverhältniss zwischen dem Hirn- und Gesichtsschädel;

Hypertrophia cerebri.	*Hydrocephalus chronicus.*
die grosse Fontanelle von grösserem Umfange und erhoben, mit starker Pulsation;	ungewöhnlich erweitert, vorgetrieben und keine oder nur schwache Pulsation fühlbar;
die Knochen an den Nähten verschiebbar, aber nicht bedeutend getrennt;	durch häutige, gespannte Interstitialräume getrennt;
Complicationen:	
Spuren beginnender rhachitischer Krankheit am übrigen Skelette;	zurückbleibende Entwicklung des Knochen- und Muskelsystems am übrigen Körper;
Laryngospasmus;	Allgemeine Convulsionen;
Geistige Entwicklung,	
geht ungehindert oft überraschend schnell vor sich;	gehindert, wenigstens in einzelnen Richtungen, häufig Blödsinn;
Folgen von Hirndruck,	
sind keine sichtbar, wenn beim Beginne der Krankheit die Fontanelle noch offen war.	sind im minderen Grade, wenn auch vereinzelt, stets vorhanden; Erbrechen, Schwere des Kopfes, Zittern bei Bewegung des Kopfes, Schiefstehen des Auges, weite Pupillen, etc.

Partielle Vergrösserung des Schädels kann durch verschiedene Vorgänge herbeigeführt werden: im Falle, als beim Beginne eines chronischen Hydrocephalus der Schädel theilweise schon geschlossen ist, erfolgt die Ausdehnung der anderen noch offenen Kopfhälfte; einseitige copiöse Hämorrhagie bedingt eine Ausdehnung der betreffenden Nähte und Hebung der Schädeldecke, ein Aufblähen derselben wird bei Medullarschwamm beobachtet (sehr selten, unter mehr als 20.000 kranken Kindern 2 Mal). — Scheinbar ist die Vergrösserung bei starker Auftreibung der Stirn- und Scheitelbeinhöcker, wodurch ohne besondere Vergrösserung der Schädelhöhle der Kopf grössere Dimensionen annimmt. Es ist dies ein constantes Zeichen von Rhachitis, wenn sich auch die ganze Krankheit bloss auf diese Veränderung beschränken und sonst keine Erscheinung am übrigen Körper sich vorfinden sollte.

Anomalie der Cohärenz und Consistenz der Kopfknochen.

Der Schädel eines gesunden Neugebornen gestattet wohl eine Verschiebung der noch nicht cohärirenden Knochen, aber keinen Eindruck mit dem Finger. Selten gewahrt man bei genauer Untersuchung eine geradlinige vom Rande gegen die Mitte einer Knochenplatte verlaufende Spaltung (Fissur), welche besonders gegen

die Naht zu deutlich fühlbar ist, oder Substanzmangel von mehr weniger Umfang an einer Knochenplatte, die sonst compact ist, und wo das Hirn nur durch die allgemeine Decke und seine Häute geschützt ist; beide Zustände sind angeboren und können in forensischer Beziehung wichtig werden. Angeborner Knochenmangel am Hinterhauptbeine ist analog der *Spina bifida* und gibt Veranlassung zum Hirnbruche.

Wenn man bei der Untersuchung mit den Fingern etwas fester an das Hinterhauptbein oder an die Seitenwandknochen drückt, so findet man bei manchen Säuglingen Stellen, welche dem Fingerdrucke nachgeben, wie ein dünnes elastisches Blatt. Diese Nachgiebigkeit des Schädeldaches ist ein anomaler Zustand, den Elsaesser, dessen verdienstvoller Monograph, mit dem Namen Craniotabes, Schädelschwund, belegte. Dieses Symptom ist für die Diagnose, Prognose und Therapie in der Kinderpraxis von grösster Wichtigkeit.

Die Weichheit der Schädelknochen wird durch vermehrte Zellenbildung und Ueberfüllung mit dünnem Blute bei bestehendem Mangel an Knochenerde erzeugt, also durch einen pathologischen Vorgang, wie er an allen rhachitischen Knochen beobachtet wird. Diejenigen Stellen des so porösen und erweichten Craniums, welche beim Liegen des Kindes dem Drucke und der Pulsation des meistentheils noch hypertrophirten Hirns ausgesetzt sind, also der obere Theil des Hinterhauptbeines, so wie die hinteren Theile der *ossa parietalia* und die den Nähten zunächst gelegenen Ränder beider Knochen verdünnen durch Resorption der Knochensubstanz, der Diploë, zu einem feinen elastischen Blatte, und in hochgradigen Fällen schwinden auch selbst die beiden Tafeln, so dass ein Loch entsteht, wo Pericranium und *dura mater* nur durch das Knorpelhäutchen getrennt sind.

In mehr weniger wesentlichem Zusammenhange mit diesem Zustande stehen: Hirnhypertrophie, Verzögerung der Ossification (daher langes Offenstehen der Fontanellen und Nähte) grosse Erregbarkeit des Nervensystems (Unruhe, Aufschrecken, Schlaflosigkeit) Laryngospasmus und damit verbundene allgemeine Convulsionen. In dem weiteren Verlaufe des Uebels erscheint der Ausbruch der Rhachitis am übrigen Körper unter acuter oder chronischer Form in Begleitung hartnäckiger Catarrhe der Bronchial-, seltener der Intestinal-Schleimhaut.

Die Craniotabes, das erste sichere Symptom des Rhachitismus, beginnt frühzeitig, oft schon im dritten Lebensmonate sich zu zeigen, also zu einer Zeit, wo der geübteste Praktiker, ohne Kenntniss dieses Zustandes, noch nicht wagt, von einer

Disposition zur Rhachitis zu sprechen, geschweige deren Gegenwart ahnt. Die Eltern werden weniger durch die Weichheit des Schädels, als vielmehr durch die Grösse des Kopfes, durch die Schlaflosigkeit des Kindes oder durch die eintretende Bronchitis aus ihrer Sorglosigkeit geschreckt. — Von praktischem Interesse mögen noch folgende Andeutungen sein:

Die Entwicklung geht bei solchen Kindern gewöhnlich langsam von Statten; obgleich gut genährt aussehend, verfallen sie bei hinzutretender Erkrankung schnell.

Die Dentition, sowie die Ossification im Allgemeinen, geht bei ihnen langsam und der Zahndurchbruch erfolgt unregelmässig.

Sie sind gegen Einwirkung von Feuchtigkeit besonders empfindlich und werden nach längerem Verweilen in einem warmen Bade auffallend matt.

Die Krankheit exacerbirt meistens im Winter und Frühjahre (durch Bronchitis, Laryngospasmus oder Ausbruch acuter Rhachitis) und sistirt sich in den trocknen warmen Sommer- und Herbstmonaten.

Jede hinzutretende Erkrankung ist bei solchen Kindern hartnäckig, wenn nicht gefährlich; jede Voraussage ist mit Vorsicht zu stellen, denn oft plötzlich erfolgt unter Convulsionen der Tod.

Ausser den bereits genannten Complicationen findet sich auch Hypertrophie der Leber sowie Tuberculose der Bronchialdrüsen, welche häufig zum Ausgangspunkte für eine acute allgemeine oder Meningealtuberculose (*Hydrocephalus acutus*) wird.

Anomalien der Fontanellen und Nähte.

Die grosse Fontanelle nimmt bis zum 9. Monate an Ausdehnung zu, von da an beginnt sie sich zu verkleinern, bis sie sich gegen den 15.—16. Lebensmonat schliesst. Die seitlichen Fontanellen schliessen sich schon im Fötalleben und die Hinterhauptsfontanellen bald nach der Geburt (wenn man den zwischen den beiden Scheitelbeinen und Hinterhauptsbeine noch restirenden Raum so nennen kann). Die Nähte sind einige Zeit nach der Geburt noch verschiebbar, werden aber bald durch Dickerwerden des Nahtknorpels und Aneinanderschliessen der entsprechenden Knochenränder fester, ihre zackige Beschaffenheit erhalten sie erst im 3. Lebensjahre. Sobald dieses geschehen, ist die erste Hirn- und Schädelentwicklung zu Ende.

S o g e n a n n t e f a l s c h e F o n t a n e l l e n an Kinderschädeln (häutige Knochenlücken an einem der *ossa parietalia*, am *occiput* oder in einer Nahtrichtung gelegen) sind meistens Folgen bedeutender Schädelerweiterung durch Hydrocephalus und in forensischer Beziehung (bei mechanischen Beleidigungen solcher Stellen) von Bedeutung.

Die Beschaffenheit der Nähte und Fontanellen gibt einen richtigen Massstab für den Gang der Ossification am übrigen Körper.

Verfrühtes Schliessen derselben (Synostose) zeugt von aussergewöhnlich starker Knochenbildung und bedingt Anomalien der Schädelform und Hirnentwicklung (siehe oben).

Stehenbleiben, d. h. längeres Verharren in einem und demselben Zustande, so dass die Fontanellen bei gleichem Umfange und die Nähte bei gleicher Weichheit und häutiger Beschaffenheit stehen bleiben, weist auf zurückbleibende oder selbst zurückschreitende Ossification im Allgemeinen. Die Ursache davon liegt entweder im Beginne der Rhachitis oder auch in einer anderen Erkrankung, meistens tuberculöser oder scrophulöser Natur, so wie in Folge schlechter mangelhafter Ernährung und lang anhaltender Diarrhöen.

Die Erweiterung der noch offenen Nähte und Fontanellen und die Trennung bereits geschlossener (Diastase) geschieht nur durch krankhafte Vorgänge in der Schädelhöhle selbst, als: durch Hydrocephalus chronicus am häufigsten, seltener durch Hirnhypertrophie so hohen Grades. Bei Hydrocephalus acutus erfolgt die Dilatation an noch nicht geschlossenen Schädeln ebenfalls, ja selbst die Diastase wurde beobachtet bei paroxysmenweise auftretendem und daher protrahirtem Verlaufe. Die erworbene Serum-Ansammlung im Arachnoidealsacke (Hydrocephalus externus) erreicht nicht eine solche Höhe, dass dergleichen bei geschlossenem Schädel geschehen könnte, wenigstens so weit unsere Erfahrung geht.

Starke Schwellung und Pulsation der grossen Fontanelle zeugt von starker Schwellung des Hirns und vermehrtem Blutzudrange, wie solches bei jedem höhern Grade von Fieber geschieht. Diese Erscheinung, besonders wenn sie mit dem Fieber steigt und fällt, bietet kein diagnostisches Kennzeichen; ist sie aber anhaltend und treten keine anderweitigen Localaffectionen ein, beurkundet sie einen höheren Grad von Hyperämie des Hirns, und bildet den Vorboten entzündlicher Affectionen dieses Organes. Als begleitendes Symptom von Bedeutung findet sie sich dem Verlaufe des Typhus der acuten Exantheme und der Tonsillitis beigesellt.

Bedeutende Schwellung mit schwacher oder ganz verschwundener Pulsation, in einem ziemlich constanten Grade ohne Fieber bestehend: findet sich in Folge von *Hydrocephalus chronicus*, von Bluterguss in die Arachnoidea (*Hämorrhagia intermeningealis*) und im seltenen Falle von Wasseransammlung und Oedemin den Hirnhäuten bei Neugebornen.

Die tiefe Fontanelle zeugt von geringer Schwellung des **Hirns** in Folge von Blutmangel oder Kleinheit dieses Organes, **wie** dieselbe bei chronischen Erkrankungen, namentlich bei Diarrhöen und Atrophie der übrigen Gewebe getroffen wird.

Das Einsinken der früher noch gespannten Fontanelle wird durch schnell eintretende Abnahme der Blutströmung gegen das Hirn *in specie*, und gegen die ganze Körperperipherie *in genere* bedingt, es begleitet daher dieses Symptom den allgemeinen Collapsus, wie derselbe bei Cholera, inneren Blutungen, Lähmungen etc. einzutreten pflegt.

Das plötzliche Einsinken der Fontanelle und der Nähte bei acuten Krankheiten der Säuglinge, mit Hinzugesellung convulsivischer oder tetanischer Erscheinungen ist Vorbote des nahen Endes.

Das Uebereinanderschieben der Knochenränder in der Nahtrichtung ist bei Nengebornen nach schweren Geburten eine gewöhnliche Erscheinung; bei Säuglingen in den ersten Wochen ist sie die Folge eines hohen Grades von Hirn-Collapsus, wie er nur die schwersten Affectionen begleiten kann. In diesem Falle ist entweder das Hinterhauptbein unter die Seitenwandbeine, oder eines der letzteren unter den Rand des gegenüberstehenden Knochen geschoben, je nachdem das Kind gerade auf einer oder der andern Seite oder auf dem Hinterhaupte liegt.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Behandlung der Bindehautentzündung bei Neugebornen.

Von Professor Dr. **Arlt.**

Wenn man eine grössere Zahl Fälle von Bindehautentzündung bei Neugebornen überblickt, besonders aber, wenn man Beobachtungen aus verschiedenen Zeiten und Orten mit einander vergleicht, so findet man, dass dieselbe in sehr verschiedenen Gestalten auftritt, bald äusserst gelind, bald höchst gefährlich verläuft, und eben in diesen Extremen nicht blosse Gradunterschiede darbietet. Die Gewohnheit, jede Bindehautentzündung bei Neugebornen gemeinhin als Blennorrhöe zu bezeichnen, verleitet den praktischen Arzt nur zu leicht zu einer gewissen Gleichförmigkeit in der Auffassung und Behandlung der verschiedenartigsten Fälle, und macht ihn vergessen, dass er sich bei der Prognosis und Therapie nicht sowohl an den Namen und generellen Charakter der Krankheit, als vielmehr an die speciellen Veränderungen der Gewebe, an das Allgemeinbefinden des Erkrankten und an die äusseren Verhältnisse desselben zu halten hat. Es gibt ebenso wenig eine für alle Fälle passende Behandlung der Bindehautentzündung bei Neugebornen, als eine für alle Fälle von Cataracta geeignete Operationsmethode. Während man aber bei der Wahl der Extraction, Dislocation etc. nicht nur der Beschaffenheit des Staares und des Auges, sondern auch der Individualität des Blinden und den Verhältnissen, unter denen derselbe nach der Operation sich befinden wird, heutzutage ziemlich allgemein ihr Recht zugesteht, pflegt man bei entzündlichen Affectionen, insbesondere bei der Bindehautblennorrhöe nicht einmal den anatomischen Veränderungen, geschweige denn den übrigen Momenten den gebührenden Einfluss auf die Behandlung einzuräumen, und preist selbst vom theoretischen Standpunkt aus noch immer ein und dieselbe Behandlungsweise als für alle Fälle geeignet und genügend an.

Jeder Arzt weiss, dass die Bindehautentzündung der Neugebornen in einer grossen Zahl von Fällen einen milden gefahrlosen Pro-

zess darstellt und kaum einer eigentlichen arzneilichen Behandlung, vielmehr bloss einer vernünftigen diätetischen Pflege bedarf, um in Zeit von höchstens einigen Wochen spurlos zu verschwinden; man weiss, dass solche Augen nicht selten trotz mangelhafter Pflege und ungehöriger Behandlung genesen, wenngleich oft genug unter solchen Einflüssen Steigerung zu grösserer Heftigkeit vorkommt. Die Krankheit beginnt in solchen Fällen einige Tage nach der Geburt mit leichter Röthe und Schwellung der Lider (besonders des oberen) längs des Randes, Empfindlichkeit gegen stärkeres Licht und Verkleben der Lider während des Schlafes. Dieser Zustand kann mehrere Tage ziemlich unverändert bleiben, und wird häufig nicht beachtet. Erst nach mehrtägiger Dauer wird das anfangs spärliche und mehr smegma- oder schleimartige Secret reichlicher und stellt einen mehr eiterähnlichen Ausfluss aus der Lidspalte dar, Röthe und Schwellung der Lider steigen und verbreiten sich vom Lidrande gegen den Orbitalrand hin, und der Arzt, welcher (wenn überhaupt) erst um diese Zeit gerufen zu werden pflegt, findet die Bindehaut der Lider gleichmässig geröthet, leicht geschwellt, sammtartig aufgelockert, die Bindehaut des Bulbus normal oder von der Peripherie her von einzelnen Gefässchen durchzogen. Die Angabe, dass das Leiden erst seit kurzer Zeit bestehe, erst 8—14 Tage nach der Geburt oder noch später aufgetreten sei, bezieht sich meistens nicht auf den eigentlichen Anfang des Leidens, sondern auf die Zeit des Auftretens erheblicher Absonderung, Schwellung und Röthe; bei genauer Nachfrage erfährt man in der Regel, dass die gelinderen Zufälle wohl früher vorhanden waren, aber nicht für Zeichen wirklicher Erkrankung gehalten wurden. Es ist immer von Wichtigkeit für die Beurtheilung eines gegebenen Falles zu constatiren, ob das Leiden schon in den ersten 2—3 Tagen zu einer beträchtlichen Höhe gestiegen sei, oder ob es erst nach mehrtägigem Bestehen gelinderer Zufälle einen höheren Grad erreicht habe.

In anderen Fällen nimmt die Krankheit schon in den ersten 2—3 Tagen nach dem eigentlichen Beginne eine solche Gestalt an, dass sie die Aufmerksamkeit der Umgebung frühzeitig erregt. Meistens wird da der 3. oder 4. Tag des selbständigen Lebens, selten der 2. oder 5. als der Tag des Ausbruches bezeichnet. Die Besichtigung des Augapfels sowohl als der Innenfläche der Lider pflegt in solchen Fällen besonders schwierig zu sein, theils wegen des reichlichen Secretes, welches den Bulbus bedeckt, wenn man die Lider aus einander zieht, theils wegen der Prallheit und Grösse der Lidgeschwulst selbst. Und doch ist gerade in solchen Fällen die genaue Besichtigung der Conjunctiva palpebrarum nicht minder wichtig, als die Eruirung des Zustandes, in welchem sich der Bulbus selbst, namentlich die Cornea befindet, weil von der Beschaffenheit der

Lidbindehaut vor allem die Wahl und Modification der Heilmittel abhängt. Die Bindehautentzündung der Neugebornen gefährdet, wie jede Blennorrhoe überhaupt, das Auge nur in so fern, als die Entzündung auf die Cornea übergreift. So lange die Cornea unversehrt erscheint, ist auch das Sehvermögen noch nicht in Frage gestellt. Veränderungen in den inneren Gebilden des Auges sind niemals zu besorgen, bevor nicht Durchbruch der Cornea erfolgt ist. Der Arzt wird demnach in jedem Falle und bei jeder Visite immer den Zustand der Cornea zu prüfen haben, um gegen prognostische Fehler sicher zu sein. Die Cornea aber wird immer nur in Folge des Fortschreitens der Entzündung von der Conjunctiva palpebrarum auf die Conjunctiva bulbi ergriffen. Wo die Conjunctiva bulbi nicht bis zum Rande der Hornhaut hin stark injicirt und geschwollen (chemotisch) erscheint, da findet man auch die Cornea noch unversehrt, und erst von dem Momente an, wo die Injection der Conjunctiva bulbi bis zum Hornhautrande vorschreitet, beginnt die eigentliche Gefahr für die Integrität der Cornea. Es ist eine irrige Vorstellung, wenn man annimmt, die Cornea werde durch eine besondere Schärfe des Secretes angegriffen. Man braucht den Vorgang an der Conjunctiva bulbi und an der Cornea eben nur aufmerksam zu betrachten und zu verfolgen, um sich von der Richtigkeit meiner Behauptung zu überzeugen. Incisionen und selbst Excisionen, welche man überall, wo scharfe, deletäre Secrete geliefert werden, zu vermeiden hat, werden von der Bindehaut auch in den ärgsten Fällen von Blennorrhoe vertragen, und selbst die Punction der Cornea gereicht, wo sie nöthig ist, dem Auge entschieden zum Vortheile *). Wenn ich in Uebereinstimmung mit jenen, welche die Cornealaffection von einer gewissen Schärfe des Secretes ableiten wollen, die fleissige Abspülung des Secretes als nothwendig erkläre und eben so dringend empfehle, so geschieht dies aus einem andern Grunde, nämlich aus der Ueberzeugung, dass das längere Zeit in dem Bindehautsacke verweilende Secret sich alsbald zersetzt und dann reizend (die Bindehautentzündung steigernd) einwirkt, auf ähnliche Weise, wie etwa die hie und da zum Einspritzen verwendete, ranzig werdende Muttermilch, Staub, Rauch, unreine Luft u. dgl. nachtheilig werden können. Nicht gegen das Product der Entzündung, das Secret, sondern gegen die Entzündung selbst müssen wir unsere Behandlung richten. Läge die Gefahr in dem Secrete selbst, dann würde zur Fernhaltung der Cornealaffection wohl die fleissige Beseitigung des Secretes genügen. Ich würde diese Theorie hier nicht zur Sprache gebracht haben, wenn nicht Behandlungsweisen empfohlen worden wären, welche auf diese Annahme

*) Näheres hierüber in: „Krankheiten des Auges," von Dr. F. Arlt, Prag 1851, I. Bd. S. 35 und 36.

basirt wurden, und welche sich — zum Beweise des Irrthums in der Theorie — auch als nachtheilig oder doch als nutzlos erwiesen haben.

Aus dem eben Erörterten ergiebt sich, dass es unerlässlich ist, in jedem Falle den Zustand nicht nur der Cornea, sondern auch der Conjunctiva palpebrarum genau zu untersuchen. Ich habe oft bemerkt, dass man sich bei der Untersuchung der Augen von kleinen Kindern überhaupt nicht recht zu helfen weiss, ja ich gestehe, dass ich in den früheren Jahren meiner Praxis selbst nicht gehörig vorging, um solche Augen genau zu besichtigen. Ich halte es demnach nicht für überflüssig, die bereits von Makenzie*) angedeutete, in neuester Zeit von A. von Gräfe**) genauer angegebene Untersuchungsmethode hier zu beschreiben, um so mehr, da eine genaue Kenntniss und Einhaltung dieses Verfahrens unumgänglich nothwendig ist, wenn man die gegenwärtig am meisten in Aufnahme gekommene Heilmethode, mit *Argentum nitricum*, mit Nutzen anwenden will. — Man legt ein Handtuch über seine Knie und auf dasselbe den Kopf des Kindes, welches die dem Arzte gegenüber sitzende Wärterin auf ihrem Schoosse hält. Der Kopf des Kindes kann auf diese Weise leicht zwischen den Oberschenkeln fixirt werden. Das Licht fällt von der Seite her ein. Nach Beseitigung des Secretes mittelst eines Schwammes und lauen Wassers trockne man die Lider gut ab und lege, wenn man das rechte Auge untersuchen will, den Zeigefinger der linken Hand an das obere Lid an, so dass man den Rand desselben leicht an den Bulbus an- und später allenfalls auch etwas auf- und rückwärts drängen kann; sofort ziehe man mit dem Daumen der rechten Hand das untere Lid abwärts, um dasselbe zu umstülpen. Dies geschieht am leichtesten, wenn man die Fingerspitze nicht in der Gegend des Cilien-, sondern in der Gegend des Orbitalrandes des Tarsus ansetzt, damit die Cutis abwärts zieht, bis zum Knochenrande der Orbita, endlich die Fingerspitze gegen den Raum zwischen Bulbus und Orbitalrand hinein drückt. Gleitet der Finger von der Cutis ab, so umwickle man ihn mit einem feinen Leinenflecke. So wie bei diesem Ab- und Rückwärtsdrängen der gefassten Hautstelle das Lid sich zu umstülpen beginnt und die Schleimhaut des untern Lides zum Vorschein kommt, darf das obere Lid nicht aufwärts gezogen, muss dasselbe vielmehr leicht an den Bulbus angehalten und nach erfolgter völliger Umstülpung des untern Lides zwischen dessen Uebergangstheil und den Bulbus hineingeschoben werden. Auf dieselbe Weise, *mutatis mutandis*, verfährt man behufs der etwas schwieri-

*) Praktische Abhandlung über die Krankheiten des Auges, deutsche Uebersetzung, Weimar 1832, S. 354.
**) Archiv für Ophthalmologie, I. Bd. I. Abth. S. 210.

geren Umstülpung des oberen Lides; nur muss man hier meistens einen wiederholten Anlauf nehmen und mit dem Zeige- und Mittelfinger abwechselnd die gefasste Hautstelle über den obern Rand der Orbita hinaufziehen, bevor man sie gegen denselben andrücken und die Umstülpung vollenden kann. Je mehr die Bindehaut geschwellt ist, desto sicherer kann man darauf rechnen, dass man bei diesem Verfahren nicht nur den Tarsal-, sondern auch den Uebergangstheil der Lidbindehaut zu Gesichte bekommt. Will man eine Hand frei bekommen, um die Bindehaut zu reinigen oder mit Medicamenten zu bestreichen, so kann die Rolle derselben nach erfolgter Umstülpung leicht von der einen Hand der Wärterin übernommen werden. Am schwierigsten ist in der Regel die gegen die buchtige Vertiefung am äussern Winkel hin gelegene Bindehautpartie zur Ansicht zu bringen; es gelingt diess noch am ehesten, wenn man den Zug des umstülpenden Fingers nach oben — aussen, beim untern Lide nach unten — aussen richtet. Behufs der Rückstülpung drängt man die Cutis wieder in der Richtung vom Orbitalrande zur Lidspalte zurück und schiebt, falls dies nicht genügt, den Uebergangstheil mit der Spitze des Daumens oder Zeigefingers gegen die Augenhöhle, d. i. gegen den Raum zwischen dem Bulbus und dem Augenhöhlenrande. — Will man dagegen den Bulbus selbst, namentlich die Cornea besichtigen, so muss an dem einen Lide der Daumen (der einen Hand), an dem andern der Zeigefinger (der andern Hand) mit der Spitze, — frei oder mit einem Leinenfleckchen umhüllt — genau an den gut abgetrockneten Lidrand angelegt werden, da, wo die Cilien sitzen, und müssen sofort beide Lider auseinander gedrängt werden, indem man jeden der Lidknorpel gegen den Raum hin schiebt, welcher sich zwischen dem Bulbus und dem Rande der Orbita befindet. (Denselben Vorgang hat der Assistenzarzt bei Erwachsenen einzuhalten, wenn er dem Operateur den Bulbus gehörig bloslegen will. Er muss den Zeigefinger der einen Hand an das obere, den der anderen an das untere Lid so anlegen, dass die Spitze desselben bis zu den Wimpern reicht, und dann die Lidknorpel nicht vom Bulbus abziehen, sondern vielmehr dieselben, am Bulbus anliegend, rückwärts drängen, in derselben Richtung, in welcher die Lider beim spontanen Oeffnen der Lidspalte zurückweichen. Die Lider sollen dabei, gleich der Schale einer Kugel am Bulbus nur verschoben, nicht von demselben abgezogen, aber auch nicht — wenigstens nicht stark — an denselben angedrückt werden.) — Bei grosser und praller Geschwulst der Lider gelingt die Bloslegung der Cornea mittelst der Finger bisweilen nicht, und muss man Lidhalter zu Hilfe nehmen. Am geeignetsten hiezu schienen mir die Elevateure von Desmarres zu sein, dünne, an den Rändern gut abgerundete Metallplatten, nach Art einer Kaminfegerkelle umgebogen, ähnlich den Lidhaltern,

welche ich in meinem Aufsatze über das Schielen in den österr. mediz. Jahrbüchern (Jänner, Februar, März 1842) empfohlen hatte. Der umgebogene Theil wird zwischen das Lid und den Bulbus, also in den Bindehautsack eingelegt. Wenn man die aus Draht angefertigten Lidhalter (Pellier, Snowden etc.) an die Cutis ansetzt, so bewirkt man leicht eher Umstülpung als Distraction der Lider; legt man sie dagegen in den Bindehautsack ein, so drängt sich der gewulstete Uebergangstheil zwischen den Drähten vor und bedeckt die Cornea, die man eben bloslegen will.

In Fällen nun, wo die Cornea noch unversehrt getroffen wird, handelt es sich zunächst um die Bestimmung, ob die Krankheit einen milden, gefahrlosen Verlauf nehmen werde, und demnach ein günstiger Ausgang schon bei einem gelinden Verfahren zu erwarten stehe, oder aber, ob auf Erhaltung der Augen nur bei energischem Eingreifen gerechnet werden könne. Man wird zu diesem Behufe allerdings auf die äussern Verhältnisse (Wohnung, Pflege u. dgl.) und auf den Umstand, ob die Affection schon längere Zeit bestehe oder noch in steter und rascher Zunahme begriffen sei etc., Rücksicht zu nehmen haben; vor Allem aber ist die Beschaffenheit der Lidbindehaut maassgebend. Worauf man speziell zu sehen hat, das ist ihre Farbe, ihre Dicke, ihre Consistenz, vorzüglich aber das Vorhandensein faserstoffigen, festen Exsudates in und auf derselben.

Als die schlimmsten sind jene Fälle zu bezeichnen, wo man die Bindehaut von einem starren Exsudate durchsetzt findet. Solche Fälle markiren sich zunächst weder durch starke Geschwulst der Lider, noch durch reichliche Absonderung; aber die Lider zeigen eine auffallende Temperaturerhöhung, sind gegen Berührung sehr empfindlich, prall, steif und schwer zu umstülpen; der Tarsaltheil tritt, wenn die Umstülpung gelungen ist, nicht wulstig hervor, sondern erscheint, besonders hinter dem Lidrande, eher etwas deprimirt. Mehr weniger grosse Partien der Lidbindehaut, oder auch die ganze Oberfläche derselben, sind mit einer lichtgrauen Membran überzogen, welche sich meistens nur von der Peripherie her in Form von Fetzen oder Rollen abstreifen lässt. Die Beseitigung der Auflagerung verursacht Blutung. Die nun blosgelegte Bindehaut erscheint derb, blassroth oder gelblichgrau mit rothen Punkten oder Striemen. Diese Erscheinungen sind bedingt durch Infiltration geronnenen starren Exsudates in die Bindehaut und durch Compression der Gefässe. Kurz vorher, ehe dieser Zustand sich ausbildet, findet man die Bindehaut blassroth, glatt, prall und blos mit einer dünnen, etwas durchscheinenden, ziemlich leicht und ohne Blutung abstreifbaren Exsudatmembran belegt. Die Rückbildung des eben geschilderten Zustandes dagegen beginnt damit, dass das starre Exsudat zunächst an der Oberfläche, weiterhin auch im Binde-

hautparenchym zerfällt, weicher und lockerer wird, und sich von der Peripherie aus in eine schmierige Masse verwandelt, welche von den Thränen theils zu einer trüben Flüssigkeit verdünnt, theils in Form von Flocken und Fetzen fortgespült wird. Die trübe Flüssigkeit erscheint, so lange sie noch sehr dünn ist, schmutzig-gelbgrau oder fleischwasserähnlich, durch eine Art von Auslaugung aus dem in den Gefässen stagnirenden Blute, oder blutig tingirt durch Beimengung von Blut aus geborstenen Gefässchen. Mit dem Erweichen und Zerfallen des starren Exsudates zugleich bemerkt man, dass die Bindehaut ein mehr geröthetes und gelockertes Aussehen gewinnt, mehr sammt- oder schwammartig wird und ein dickeres Secret abscheidet. Diese Veränderung, welche den Uebergang zur Genesung vermittelt, beginnt zunächst von den Winkeln und vom Uebergangstheile her, und engt die angrenzenden Infiltrationsstellen allmälig bis zum Verschwinden ein.

Bei weitem weniger gefährlich, ja meistens ohne Nachtheil für die Hornhaut verlaufen jene Fälle, wo die Bindehaut der Lider blos an ihrer Oberfläche mit einer mehr weniger dicken, cohärenten und nur wenig fest anhaftenden Exsudatlage belegt, in ihrem Gewebe selbst aber wenig oder gar nicht von starrem Exsudate durchsetzt, daher weich und geschmeidig, wenn auch stark geschwellt erscheint. In solchen Fällen ist die Umstülpung der Lider trotz bedeutender Schwellung nicht gerade schwierig, ja sie erfolgt bisweilen schon, wenn man die Lider ganz einfach auseinander ziehen will. Das umstülpte Lid erscheint nicht nur dicker, sondern auch breiter (vom Lidrande gegen den Bulbus hin) und länger (von einem Winkel zum andern). Es scheint, dass die Lidknorpel selbst weicher und voluminöser (dicker, breiter und länger) geworden seien. An der Dickezunahme des ganzen Lides betheiligt sich wesentlich die Schwellung der Bindehaut selbst, welche vorzüglich durch Blutüberfüllung und Serumerguss in das locker gewordene Gewebe bedingt zu sein scheint. Das Breiter- und Längersein der Lider gibt sich durch den Augenschein und dadurch kund, dass sich das obere Lid über das untere herabschiebt, und dass beide Lider, wenn man sie umstülpt hat, wellenförmig verbogen erscheinen; die bei dieser Verbiegung entstehenden Vertiefungen und Erhabenheiten geben der schwammig aufgelockerten Schleimhaut das Aussehen, als wäre sie an einer und der andern Stelle mit einer flachen polypösen Excrescenz besetzt. Die zwischen solchen flachen knopfähnlichen Hervorstülpungen verlaufenden Furchen zeigen aber stets die Richtung vom Ciliar- zum Orbitalrande, und lassen sich wechselweise ausgleichen, wenn man den die Umstülpung unterhaltenden Finger abwechselnd an verschiedenen Stellen des Lidrandes andrückt. —

Der eben geschilderte Zustand kann sich ausbilden in Fällen, wo die Bindehaut früher reichlich von starrem Exsudate durchsetzt war; in der Regel aber entwickelt er sich in Fällen, wo die Bindehaut kurz nach dem Ausbruche des Leidens nur an der freien Oberfläche mit starrem Exsudate belegt war, oder auch wo selbst dieses nicht als continuirlicher Ueberzug auftrat, wo sich die Gerinnbarkeit des an die Oberfläche ausgeschiedenen Exsudates blos durch die Bildung zäher Fäden und Flocken kundgab. In manchen Fällen bilden sich haut- oder fadenförmige Gerinnsel erst dann, wenn man das Lid eine Zeit lang umstülpt erhält. Je mehr gelockert und blutreich die Bindehaut erscheint, und je lebhafter die Ausscheidung gerinnbaren, jedoch nur wenig fest anhaftenden und bald zerfallenden Exsudates an die freie Oberfläche vor sich geht, desto leichter blutet die Schleimhaut der Lider, entweder spontan, oder bei dem Mechanismus der Umstülpung, oder beim Abtupfen (Abspülen) der mit eiterähnlicher Flüssigkeit belegten Bindehaut, oder beim Abstreifen der noch cohärenten und mehr weniger fest adhärenten Exsudatlage. Wo das Bindehautgewebe selbst noch von geronnenem Exsudate durchsetzt ist, jedoch nur leicht, so dass die Lider immer noch weich und geschmeidig erscheinen, sieht man die gleichmässige Röthe derselben durch ein leichtes Grau gedämpft, wie verschleiert, und es erheben sich die geschwellten Papillen des Tarsaltheils gleich rothen Pünktchen auf lichtgrauem Grunde.

Den gelindesten Grad von Erkrankung bietet die Bindehaut in jenen Fällen dar, in welchen dieselbe weder in ihrem Gewebe noch an ihrer Oberfläche fest geronnenes Exsudat wahrnehmen lässt. Sie erscheint nur mehr weniger intensiv geröthet, gelockert und geschwellt; die Schwellung ist nur durch Blutüberfüllung und seröse Infiltration bedingt; das an die Oberfläche ausgeschiedene Exsudat zeigt wenig Neigung zur Cohärenz; das Secret stellt daher blos eine trübe, bald dünne bald mehr weniger dicke, schleimig-eitrige, zahlreich abgestossene Epithelien und Eiterkugeln führende Flüssigkeit dar. In solchen Fällen findet man auch, dass die Thätigkeit des Orbicularis und des Levator mehr mechanisch, durch die Schwere der geschwollenen Lider, beeinträchtigt ist, während in jenen Fällen, wo die Entzündung tiefer greift und sich durch Lieferung festen Exsudates im Parenchym oder an der Oberfläche als hochgradig kennzeichnet, die Muskeln in ähnlicher Weise paralytisch zu sein scheinen, wie die Muskellagen des Darmkanales bei Dysenterie.

Die *ärztliche Anordnung und Hilfeleistung* wird theils durch die ätiologischen Momente, theils durch die krankhaften Veränderungen an der Binde- und Hornhaut bestimmt. Nebst dem können äussere Verhältnisse entscheidend für die eine oder die andere Be-

handlungsweise einwirken; eine Methode, die sich in Heilanstalten oder unter Umständen, wo man den Kranken täglich sehen, die Medicamente selbst appliciren kann, als die beste erweist, kann in der Privatpraxis, namentlich auf dem Lande, vielleicht gar nicht angewendet werden, oder doch gegen eine andere Methode im Nachtheile sein.

Rücksichtlich der ätiologischen Momente sind zunächst prophylaktische Maassregeln geboten, Maassregeln, welche zum Zwecke haben, die Entstehung und Weiterverbreitung des Uebels zu verhüten. Die Bindehautblennorrhoe entsteht bei sehr vielen Neugebornen in Folge dessen, dass die Bindehaut bei der Geburt mit blennorrhoischem Secrete der Geburtswege in Contact kam. Dass Blennorrhöen überhaupt verimpfbar sind, ist bekannt. Warum nicht in jedem Falle von Leuco- oder Blennorrhoe der Gebärenden Infection des Kindes stattfindet, ist bis jetzt noch nicht erklärt. Man darf nicht übersehen, dass der unmittelbare Contact des blennorrhoischen Secretes mit der Bindehaut selbst eine wesentliche Bedingung zur Infection ist, und dass, wenn Haftung stattfinden soll, höchst wahrscheinlich auch eine längere Dauer des Contactes nöthig ist. Nach Piringer's*) Versuchen bewirkte das Aufpinseln blennorrhoischen Secretes auf die Cutis der Lider, sobald diese gut verschlossen waren, niemals eine Ansteckung, und konnte ferner, wenn blennorhoisches Secret mit der Bindehaut in Berührung gebracht worden war, durch alsbaldiges Abspülen desselben und Anwendung von kalten Umschlägen die Ansteckung verhütet oder doch so viel bewirkt werden, dass nur eine gelinde Entzündung ausbrach. Die Resultate der Versuche von Piringer sind nicht durch Gegenversuche widerlegt, wohl aber durch mannigfache Beobachtungen, wie sie der Zufall bietet, unterstützt worden. Bei diesem Stande unserer Kenntnisse ist es wohl gerechtfertigt, ja geboten, dass auf baldiges Abspülen der Augen und selbst auf Anwendung eines entsprechenden (mässigen) Kältegrades gedrungen werde, sobald Erkrankung der Genitalien und längeres Verweilen des Kopfes in den Geburtswegen die Besorgniss der Infection erregt. Es wäre wohl der Mühe werth, dass in Gebäranstalten rücksichtlich dieser Verhältnisse genaue Beobachtungen und Versuche angestellt würden, um zu erfahren, ob das, was Impfversuche an Erwachsenen gelehrt haben, sich auch bei Neugebornen bewährt. Damit, dass man sagt, die Blennorrhoe der Genitalien könne nicht Ursache der Bindehautblennorhoe sein, weil sehr oft bei eclatanter Vaginalblennorhoe die Augen des Kindes gesund bleiben, ist die gegentheilige Behauptung durchaus nicht widerlegt. In der Privatpraxis konnte ich nahezu bei zwei

*) Die Blennorrhoe am Menschenauge, Grätz 1841. (Gekrönte Preisschrift.)

Dritteln der Mütter Erkrankung der Genitalien nachweisen. Ich weiss auch, dass in einer Familie das 2. Kind eine mässige, das 3. eine sehr gelinde Blennorrhoe der Bindehaut bekam, wogegen das 1. und die spätern Kinder völlig davon verschont geblieben; die der Mutter während der 2. Schwangerschaft eingeimpfte Blennorrhoe hatte sich vor der 3. Entbindung noch in geringem Grade kundgegeben. Ich habe als Ordinarius der Familie nicht unterlassen, die Augen unmittelbar nach der Geburt sorgfältig zu reinigen, und es genasen beide Kinder bei einer sehr gelinden Behandlung.

Wenn zunächst bloss das eine Auge blennorrhoisch erkrankt erscheint, so kann der Ausbruch des Uebels auf dem andern Auge wohl durch völligen Verschluss der Lider (mittelst Englischpflaster, Collodium, Charpie etc.) verhütet werden, falls nicht bereits Infection stattgefunden hat; doch ist diess bisher meines Wissens bei Neugeborenen noch nicht erprobt worden, da hier meistens beide Augen zugleich oder kurz nach einander erkranken und der Arzt gewöhnlich erst nach Erkrankung des zweiten Auges consultirt wird.

Dass die Mutter, die Amme oder andere Personen der Umgebung durch Uebertragung des Secretes mittelst der Finger, der Wäsche, des Waschwassers u. dgl. angesteckt wurden, ist oft vorgekommen und durch verlässliche Beobachtungen sicher gestellt. Demnach sollte kein Arzt es unterlassen, die Umgebung auf diese Gefahr aufmerksam zu machen und über die Art und Weise, wie man sich dagegen zu schützen habe, zu belehren. Und doch kommen noch immer Fälle vor, wo die Erfüllung dieser Pflicht vernachlässigt wurde.

In Gebär- und Findelhäusern genügt es nicht, bloss der Uebertragung des blennorrhoischen Secretes durch tastbare Gegenstände zu steuern, es müssen auch noch besondere Maassregeln ergriffen werden, um die Uebertragung durch die Luft zu verhüten. Diese Maassregeln bestehen darin, dass nicht relativ zu viele Blennorrhoische oder auch Gesunde neben Blennorrhoischen in einem und demselben Zimmer untergebracht werden, und dass die Luft ununterbrochen erneuert, möglichst wenig mit Wasserdünsten geschwängert, und eher kühl als zu warm (zwischen 15 und 18° R.) gehalten werde. Es ist sicher gestellt, dass die Blennorrhoe bei Neugebornen in Findelhäusern relativ häufiger vorkommt und heftiger auftritt, als ausserhalb, und dass diess um so mehr der Fall ist, je weniger die eben genannten Maassregeln in Anwendung kommen. Dennoch gibt es Aerzte, welche den Grund der gleichzeitigen Erkrankung vieler Individuen lieber in atmosphärischen, epidemischen u. dgl. Verhältnissen suchen, gegen welche wir nie etwas ausrichten werden, statt unmittelbare Uebertragung und die Ent-

wicklung eines Miasma, die Ausbreitung und Steigerung der Krankheit durch verdorbene Luft, die wir in den meisten Fällen verhüten können, zuzugeben. Es ist hier nicht der Ort, auf die Controverse hierüber einzugehen, weshalb ich vorläufig auf meine Arbeit über die Bindehautblennorrhoe*) verweise. Man mag übrigens über die Entstehung und Verbreitung dieser Krankheit was immer für einer Ansicht huldigen, immer wird sich die Ausserachtlassung der eben erwähnten Maassregeln mindestens durch Steigerung des Leidens in jedem speziellen Falle strafen.

Die zweite Reihe von Maassregeln bezweckt die Fernhaltung und Beseitigung der Momente, welche erfahrungsgemäss im Stande sind, die bereits ausgebrochene Krankheit zu steigern. Gesperrte, feuchte, mit animalischen Ausdünstungen oder durch Staub, Rauch u. dgl. verunreinigte Luft und ebenso höhere Temperatur machen die Bindehautentzündungen überhaupt, besonders aber die catarrhalisch-blennorrhoischen, sowohl heftiger als hartnäckiger. Dagegen ist es noch ungewiss, ob das Tageslicht, sofern es nur nicht gar grell ist, nachtheilig auf solche Augen einwirke. Jedenfalls kann nur von einer indirecten Einwirkung des Lichtes, worauf wir später hindeuten werden, die Rede sein. Und doch ist es gerade die Furcht vor dieser, welche häufig zu Fehlgriffen rücksichtlich der Luft verleitet. Man meint die Hauptsache gethan zu haben, wenn man nur dafür gesorgt hat, dass die Augen recht im Dunkeln gehalten werden. Wenn man auch nicht gerade zu solcher Verdunklung des Zimmers schreitet, welche die Lufterneuerung in demselben fast unmöglich macht, so meint man doch nicht zu schaden, indem man Blenden nahe um das Bett herumstellt, dunkle Tücher, Schleier u. dgl. von oben her über dem Kopfe befestigt, oder selbe geradezu über die Augen herabhängen lässt. Man übersieht, dass der Kopf unter solchen Umhüllungen in einer dunstigen und heissen Atmosphäre ist, welche, wenn sie das ganze Zimmer einnähme, jedem Unbefangenen als nachtheilig auffallen würde, und welche man bei entzündlichen Affectionen an andern Organen wohl beseitigen würde. Die Temperirung des Lichtes soll niemals auf Kosten der Luft geschehen, welche den Kranken umgibt. Nur grelles Licht soll abgehalten werden, weil dasselbe solchen Augen Schmerz erregt und zu stärkerem Lidschlusse drängt, welcher nachtheilig wird, indem er die Ausscheidung des Secretes aus der Lidspalte hemmt, und überdiess auch den Rückfluss des Blutes aus den Venen der Augenlider beeinträchtigt. Die gesteigerte Empfindlichkeit solcher Augen gegen das Licht lässt sich übrigens dadurch herabstimmen, dass man 2 — 4 Gran Extr. *hyoscyami* mit 1 Drachme Fett oder Ung. *cinereum* vermischt alle

*) Die Krankheiten des Auges, Prag 1851, I. Bd. S. 18 — 85.

3 — 4 Stunden erbsengross an die Haut der Stirn und Schläfe aufstreichen lässt.

Steigerung der entzündlichen Zufälle und somit Gefahr für die Hornhaut oder doch längere Dauer wird sehr oft bewirkt durch längeres Zurückbleiben des Secretes in dem Bindehautsacke und an der äussern Fläche der Lider. Man darf dies wohl von der Zersetzung des Secretes und von der dadurch gesetzten Reizung der Bindehaut ableiten, welche vermöge der abnorm rasch erfolgenden Abstossung des Epithels ihres schützenden Ueberzuges gewissermaassen beraubt ist. Die Beseitigung des Secretes geschieht am besten mittelst lauen Wassers oder, wo kein Flusswasser zu haben ist, mittelst einer schwachen Abkochung von *Herba malvae, altheae* u. dgl. Das blosse Aufträufeln der Flüssigkeit mittelst eines Schwämmchens oder Leinenfleckchens ist der Reinigung mittelst Spritzen schon deshalb vorzuziehen, weil es weniger umständlich ist, man daher auf hinreichend häufige Wiederholung der Reinigung eher rechnen kann; das Einspritzen erfordert übrigens eine gewisse Geschicklichkeit, die man nicht bei allen findet, und kann, namentlich wenn bereits Hornhautdurchbruch eingetreten ist, leicht zu Druck auf den Bulbus oder zu starkem Kneifen der Lider Veranlassung geben. Das Ausspritzen der Augen mit Muttermilch ist theils aus diesem Grunde nicht zu gestatten, theils auch deshalb, weil es nicht oft genug vorgenommen werden kann, vorzüglich aber, weil leicht etwas Milch in der Lidspalte zurückbleibt, sich zersetzt und dann reizend wirkt. Nach hinreichender Aus- und Abspülung der Augen sollen die Lider gut abgetrocknet werden, damit die Erweichung und Abstossung der Epidermis, zu welcher schon die Anlagerung des Secretes führt, nicht auch noch durch öftere und längere Benetzung begünstigt werde. Deshalb ist es auch zweckmässig, das aus der Lidspalte hervorquellende Secret in der Zwischenzeit zwischen dem Ausspülen des Bindehautsackes öfters bloss mit trockenen Leinenfleckchen abstreifen zu lassen. Das sonst wohlthätige Ueberschlagen kalten Wassers mittelst 4—6fach zusammengelegten Leinenfleckchen kann leicht schaden, sofern die Temperatur nicht fortwährend — durch Wechseln der Umschläge, so oft es die Wärmeentwicklung erheischt — hinreichend niedrig erhalten wird, oder wenn diese Umschläge viele Tage ununterbrochen fortgesetzt werden. Wann kalte Umschläge, auch zweckmässig angewandt, überhaupt nicht zulässig sind, will ich weiter unten angeben. Wo man sich nicht auf Verständigkeit so gut als auf Gewissenhaftigkeit der Wärterin verlassen kann, wird es im Allgemeinen besser sein, kalte Umschläge gar nicht zu verordnen.

Unter die Momente, welche steigernd auf die Bindehautentzündung bei Neugebornen wirken können, gehören auch die Bäder, wenigstens dann, wenn sie etwas wärmer oder durch längere Zeit

angewendet werden, als einfach zur Reinigung des Körpers erforderlich ist. — Die Diät der Säugenden erfordert — aus Rücksicht auf die Augenentzündung des Kindes — keine besondere Modification, ausser etwa einige Beschränkung im Genusse von Bier und Fleisch.

Ich habe durch mehr als 10 Jahre meiner ärztlichen Praxis mich darauf beschränkt, die Pflege der blennorrhoischen Kinder nach den eben erörterten Grundsätzen zu leiten und das directe Eingreifen nach den einzelnen Symptomen einzurichten. Anfangs Einreibungen von *Ung. cinereum* mit *Extr. hyosciami* an die Stirn und Schläfe (so dass diese Theile beständig fett bleiben), und *pro re nata* örtliche Blutentziehungen und kalte Umschläge, später nebst dem Unguentum noch Einträuflungen eines adstringirenden Collyrium (schwache Lösungen von *Argentum nitricum*, *Sulfas zinci*, Sublimat oder Opiumtinctur) bildeten die Ergänzung der ärztlichen Verordnungen. Und in der That, ich hatte, wenigstens was die Sicherheit des Erfolges betrifft, nicht Ursache, mit den Resultaten unzufrieden zu sein. In der Privatpraxis habe ich bei Neugebornen nie eine andere Behandlung gewählt.

Die öffentliche Stellung, welche ich erst als Assistent bei Professor J. N. Fischer, später als Professor und Primararzt in Prag einnahm, bot mir die Gelegenheit und zugleich die Pflicht, andere, namentlich die als spezifisch angepriesenen Heilmethoden zu versuchen und zu prüfen. Obwohl ich aus Grundsatz bemüht war, genau nach der Vorschrift jener vorzugehen, welche eben die eine oder die andere Behandlungsweise empfohlen hatten, so war ich doch mit keiner derselben so glücklich, Resultate zu erzielen, welche mich zur bleibenden Beibehaltung der einen oder der andern hätten bestimmen können. Dazu kam noch, dass ich oft genug Gelegenheit hatte, unglückliche Ausgänge zu beobachten, da wo die eine oder die andere dieser Methoden, namentlich die mit verschieden starken Lösungen von *Argentum nitricum*, von anderen Aerzten angewendet worden war. Erst die Resultate, welche ich bei Dr. von Graefe in Berlin sah, die Art und Weise, wie die Behandlung der Verschiedenheit der Fälle entsprechend modifizirt wurde, und die gründlichen Erörterungen, welche Graefe 1854 im I. Bande des Archives für Ophthalmologie bei der Schilderung der diphtheritischen Bindehautentzündung über die Anwendung des Silbersalpeters bei Bindehautkrankheiten gegeben hat, waren im Stande, mich zur abermaligen Aufnahme der Heilversuche nach dieser Methode zu bestimmen. Die Resultate fielen so zu Gunsten derselben aus, dass ich es für meine Pflicht halte, diess öffentlich zu bekennen. Die Behandlung der Bindehautentzündung bei Neugebornen, mit *Argentum nitricum*, unter richtigen Anzeigen und mit den gehörigen Vorsichten angewandt, hat den Vortheil, dass sie, wo nicht siche-

rer, so doch viel schneller zur Heilung führt. Sie setzt aber genaue Einsicht in die krankhaften Veränderungen und völlige Beherrschung der zu ihrer Durchführung nothwendigen Verhältnisse voraus, widrigenfalls man damit weit mehr schaden, und in Fällen, wo bei einem milderen, mehr symptomatischen und exspectativen Verfahren Genesung eintreten würde, Zerstörung des Auges herbeiführen kann. Verschiedene anderweitige Anpreisungen des *Argentum nitricum* gegen die Bindehautentzündungen überhaupt haben zur Folge gehabt, dass mit diesem gewiss nicht indifferenten Mittel arger Missbrauch getrieben wird, dass man bei *Blennorrhoea neonatorum sine discrimine argentum nitricum* verschreibt, dass man dieses Mittel meistens nicht selbst handhabt, was bei allen stärkeren Dosen unerlässlich ist, sondern es bald in lächerlich starker Verdünnung und ohne Schutz vor Zersetzung, bald in enorm starker Concentration durch Laien appliziren lässt, dass man, wenn auch schon eine entsprechende Dosis und vom Arzte selbst applizirt wird die Zeit der Wiederholung jeder Application nach Stunden, nicht nach der Wirkung der vorhergehenden Anwendung bestimmt, und dass man dasselbe in was immer für einer Dosis und, in was immer für Zwischenräumen unter Umständen verschreibt, wo es absolut schädlich ist.

Ich meine demnach nichts überflüssiges zu unternehmen, wenn ich mit Benützung des oben citirten Gräfe'schen Aufsatzes und meiner eigenen Beobachtungen die Leser dieser Zeitschrift mit den Grundsätzen bekannt zu machen suche, auf welche sich die Anwendung des Silbersalpeters bei der Blennorrhoe der Neugebornen stützen muss, wenn sie eine erspriessliche sein soll. Verschiedene Wahrnehmungen bestimmen mich anzunehmen, dass die Andeutungen, welche Gräfe gegeben hat, unter den praktischen Aerzten noch lange nicht so weit bekannt geworden sind, als sie es verdienen.

„Bringt man eine Lösung von etwa 10 Gran *Argentum nitricum* in 1 Unze Wasser in ein gesundes Auge, so entsteht hart nach der Application ein heftiger, nach individuellen Verschiedenheiten sehr variirender Reizzustand; das Auge kann nicht frei geöffnet werden, thränt stark, röthet sich, wird warm, so dass der Betroffene sich nach Kühlung mit kaltem Wasser sehnt. Es pflegt dieser Zustand sich allmälig zu steigern, und erst nach 10 Minuten seine Höhe zu erreichen; dann tritt die Absonderung eines weisslichen Secretes ein. Oeffnet man jetzt das Auge, so bemerkt man, dass die ursprünglich über die ganze Schleimhautoberfläche in Form eines weisslichen Schleiers gleichmässig vertheilte Eschara sich mit ihren Rändern ablöst und mehr und mehr zusammenballt; diese ist es, welche mit Thränen und Conjunctivalsecret verbunden den oben erwähnten dicken weisslichen Schleim

liefert. Ihre Gegenwart verräth sich durch ein unangenehmes, drückendes Gefühl. Nach einigen Stunden ist die Eschara gänzlich abgestossen, die Schleimhaut etwas roth und wund. Dieser Zustand der Schleimhaut kann sich schnell verlieren oder einige Tage zurückbleiben. Nach Ausstossung des Brandschorfes fühlt der Betroffene das Auge wie befreit, und behält durch die übrige Zeit nur einen nach den vorangegangenen Schmerzen gewissermaassen behaglichen Mattigkeitszustand in den Lidern. — Der grösste Theil des Schmerzes rührte hiebei von der Verletzung der *Conjunctiva bulbi* her; denn wurde, nach umgeschlagenen Lidern, und energischer Application der caustischen Lösung diese letztere vor dem Zurückschlagen der Lider sorgfältig mit Wasser abgespült, so war der Schmerz weit geringer und dauerte weniger lange, obwohl die Bildung einer gleichmässigen Eschara über die gesammte *Conjunctiva palpebralis* eine genügende Einwirkung des Causticum verrieth. Ein Brandschorf wird von der *Conjunctiva palpebralis* weit schneller und mit geringeren Reizerscheinungen abgestossen, als von der *Conjunctiva bulbi*, wofür uns das üppigere Gefässnetz und die reichlichere Absonderung der *Conjunctiva palpebralis* den Grund giebt; denn je säftereicher ein organischer Theil ist, desto weniger wird direct von den festen Theilen durch das Causticum angegriffen, und sodann folgt in einem solchen Theile, in welchem die Gefässfüllung sich leicht vervielfältigt, auf einen eintreffenden Reiz, wie den einer gebildeten Eschara, schnell ein Säfteandrang, der für die Verdünnung und Neutralisation des chemisch differenten Stoffes sorgt und gleichzeitig die Abhebung und Abstossung des Brandschorfes beschleunigt. Aus denselben Gründen ruft auch die Application eines soliden, mit *Kali nitricum* zu gleichen Theilen zusammen geschmolzenen *Lapis infernalis*, wenn sie oberflächlich auf die *Conjunctiva palpebralis* beschränkt ist, und kurz darauf durch Salzwasser der Weiterverbreitung Einhalt gethan wird, nicht eben viel mehr Schmerzen und längeren Reizzustand hervor, als die Einwirkung einer 10granigen Auflösung; war auch der chemische Eingriff etwas intensiver, so war dafür die Localisation auf die Lidhaut vollständiger." —

„Nach jeder Cauterisation können wir zwei Perioden unterscheiden, deren Dauer verschieden ist. In der ersten Periode beginnt der Schorf sich von den Rändern her abzulösen, wird von der unterliegenden Schleimhaut durch eine Secretschicht abgehoben, dann meist in der Nähe der Uebergangsfalte zusammengerollt, endlich in Form eines weissen Secretes eliminirt. Der mit diesem Vorgange einhergehende Reizzustand gibt sich durch Schmerz, erschwertes Oeffnen der Lider, Thränen, Röthung, Anlaufen und Wärmerwerden der Liderränder kund. In der darauf

folgenden Periode der Regeneration verliert die Bindehaut nach und nach ihr wundes, geröthetes Aussehen durch Bildung eines neuen Epithels, weicht der Reizzustand zurück, und hat der Betroffene nur noch das Gefühl von Mattigkeit oder Zusammenziehen der Lider.“ — „Je mehr das oberflächliche Gefässnetz der Conjunctiva entwickelt ist, und je mehr hiemit die Succulenz der Membran ausgesprochen ist, desto leichter verträgt die Bindehaut die Aetzung, desto schneller erfolgt die Abstossung des Schorfes und die Regeneration des Epithels. Brandschorfe, welche von einer gesunden Conjunctiva kaum in 4 Stunden abgestossen werden, sieht man von einer blennorrhoischen (lebhaft gerötheten, gelockerten und geschwellten) Schleimhaut oft schon in $\frac{1}{4}$ Stunde verschwunden, und während dieselben im gesunden Auge heftige Reizung hervorriefen, und die Periode der Regeneration sich mehrere Tage hindurch verlängerte, bemerken wir in dem blennorrhoischen Auge (wenn die Bindehaut nicht von starrem Exsudate durchsetzt und die Circulation dadurch behindert ist) die Abstossung unter äusserst mässiger Zunahme der Reizerscheinungen erfolgen, und es kann die vollständige Wiederherstellung des Status quo sehr gut nach 6—8 Stunden stattfinden.“

„Träufelt man bei einer acuten *Conjunctivitis* (Catarrh) einen Tropfen stark verdünnter Lapislösung ($^1/_2$—1 Gran in 1 Unze) ins Auge, so verursacht dies einigen Schmerz, steigert die Entzündung etwas, und man beobachtet später keine dem Mittel zuzuschreibende Remission der entzündlichen Erscheinungen. Wenn wir unter ähnlichen Verhältnissen eine kaustische Lösung (gr. 10 in ℥ 1) ins Auge bringen, so ist der der Application direct folgende Schmerz nicht proportional erhöht, sondern tritt erst mehr hervor in der Abstossungsperiode. Anfangs nämlich schützt der Schorf die verwundete Schleimhautoberfläche; der Schmerz erreicht sein Maximum, wenn die Eschara zusammengeballt, und die wunde Schleimhaut ganz preisgegeben ist; die Röthe nimmt in dieser Zeit sehr merklich zu, so wie die anderen Reizerscheinungen, Lidkrampf, Hitze etc. Während der Zeit der Regeneration aber sehen wir nicht allein die Vermehrung der entzündlichen Erscheinungen wieder herabsinken, sondern auch eine so bedeutende Remission gegen den früheren Zustand eintreten, dass nach Ablauf dieser Periode, oft schon nach 24 Stunden, das Auge ein nahezu normales Aussehen erhält; besonders günstig zeigt sich die Wirkung, wenn zur Zeit der Abstossungsperiode der Reizzustand durch kalte Fomente gedämpft wurde. Die angeführte Remission kann nun dauernd sein, und mehr der völligen Genesung Platz machen, oder es kann

nach einigem Bestehen derselben eine Recrudescenz der früheren Entzündung eintreten, so dass der Zustand, sich selbst überlassen, wieder das anfangs vorgefundene Bild annimmt. Das erstere pflegt einzutreten bei leichteren und ganz frischen Zuständen, das letztere dagegen bei veralteten oder bei solchen, die ihrer Natur nach eine Disposition zu längerem und hartnäckigerem Verlaufe darbieten, z. B. *Blennorrhoea gonorrhoica*; im ersten Sinne ist die Heilwirkung eine wahrhaft abortive, es braucht nämlich die Cauterisation nicht wiederholt zu werden, weil die Genesung nun spontan oder beim Gebrauche kalten Wassers oder auch einer schwachen adstringirenden Lösung erfolgt; im zweiten Sinne aber ist die Wirkung nur dann eine heilende, wenn die Cauterisation vor erfolgender Recrudescenz wiederholt, und so eine Summirung der Wirkungen bis zur vollständigen Erschöpfung des Krankheitsprozesses erzielt wird. In jedem einzelnen Falle muss demnach, sowohl die Anwendung (Intensität und Extensität), als die Wiederholung des Causticum, nach dem Charakter der Schleimhaut und nach dem Verhalten gegen die gebildete Eschara regulirt werden."

„Oertliche Blutentleerungen, sowohl in der Nachbarschaft als an der entzündeten Bindehaut selbst angestellt, leiten zwar eine Zusammenziehung der Gefässe ein, und befördern eine lebendigere Circulation in derselben; allein diese Wirkung pflegt bei heftigen Formen keine genügende und keine hinlänglich anhaltende zu sein. Man kann in schwereren Fällen die Patienten durch Blutverluste erschöpfen, ohne der Krankheit Herr zu werden. Offenbar liegt dies daran, dass die Gefässwandungen nicht gehörig zur Norm restituirt werden. — Die Kälte wirkt schon weit merklicher, die Zusammenziehung der Gefässe befördernd; allemal sehen wir bei dem energischen Gebrauche der kalten Umschläge Abnahme der Congestion und Secretion. — Das Causticum vermehrt zwar durch seine directe Einwirkung die Blutüberfüllung, wie es sich aus den Zeichen während der Reactionsperiode deutlich zeigt, aber die auf den Reiz rasch eintretende Zuströmung des Blutes giebt offenbar für die Gefässe einen Contractionsimpuls ab, welchem sie desto eher Folge leisten, als die zur Ausstossung des Schorfes dienende Absonderung eine Entleerung nothwendig macht. Vielleicht auch, dass durch die rasche Entlassung von Serum, welche der Application unmittelbar folgt, die chemische Zusammensetzung des in der Schleimhaut befindlichen Blutes so verändert wird, dass nun den bekannten Gesetzen der Transsudation zufolge diese letztere zur Norm herabgestimmt wird. Um aber überfüllte Gefässe durch einen acut eingeleiteten Blutstrom zur Contraction zu bringen, muss dieser letztere eine gewisse Energie haben, wodurch es sich erklärt, dass das Causti-

cum in bestimmter Dose anzuwenden ist, während es in zu schwacher Gabe nur die Congestion vermehrt. — Es scheint zu dieser heilsamen Wirkung ferner nothwendig zu sein: 1. dass der Reiz ein sehr vorübergehender ist; hält derselbe längere Zeit an, so wird die Disposition zur Stase erhöht, und statt der gewünschten Belebung der Circulation tritt Lähmung derselben ein; hiemit in Verbindung steht 2. dass das applicirte Mittel sofort die Bildung einer Eschara veranlasst; diese ist es, welche die verwundete Schleimhaut bedeckt und den Reiz mechanischer Berührung verringert; diese ist es auch, welche 3. eine rasche seröse Absonderung hervorruft, und so die überfüllten Gefässe entlastet. — Die strenge Anwendung der Kälte nach einer jeden Aetzung erhöht für schwere Fälle auf das entschiedenste die Sicherheit des Erfolges. Sie befördert nach der caustisch eingeleiteten Congestion die Contraction der Gefässe, und setzt so die träge circulirende Blutmasse in Bewegung; es wirkt dieselbe nach dem Zutritt der künstlichen Congestion deshalb besser als zuvor, weil eben durch den Zufluss neuen Blutes die Beweglichkeit der Blutmasse in den Gefässen erhöht, und die Adhäsion an die Gefässwandungen verringert ist."

Die Erwägung dieser, dem Gräfe'schen Aufsatze grösstentheils ad verbum entlehnten Sätze dürfte bei richtiger Auffassung der jeweiligen krankhaften Erscheinungen hinreichen, den rechten Weg für die Anwendung des Silbersalpeters bei Bindehautentzündungen überhaupt zu zeigen. Trotzdem wird es nicht überflüssig sein, noch einige specielle Andeutungen für die Handhabung dieser Behandlungsweise, wie sie Gräfe gegeben hat, nachfolgen zu lassen. 1. Die Intensität der Aetzung muss dem Grade der Injection und Schwellung proportional sein, sonst wirkt das Causticum nur reizend und es erfolgt keine Remission. Wenn die Bindehaut durchaus oder stellenweise von starrem Exsudate durchsetzt erscheint, so darf sie gar nicht oder nur an jenen Stellen bestrichen werden, an welchen die Schwellung ausschliesslich oder doch vorwaltend durch Blutüberfüllung und seröse Infiltration bedingt ist. Die Touchirung solcher starr infiltrirter Partien würde zur Zerstörung des Gewebes, mindestens zur Steigerung der Stasis und zur Vermehrung der faserstoffigen Gerinnung in und auf der Bindehaut führen. Weiter ist zu bemerken, dass, wenn Stellen, welche wenig geschwellt und vascularisirt sind, eben so intensiv cauterisirt werden, wie stark geschwellte und geröthete, die Abstossung und Rückbildung an jenen Stellen später erfolgt, als an diesen, und dass dann die Bestimmung der Zeit, wie bald die Aetzung wiederholt werden soll, sehr erschwert wird. Derselbe Uebelstand tritt auch ein, wenn grössere Partien der Lidbindehaut, welche touchirt werden sollten,

unberührt bleiben. Hieran knüpft sich die zweite Regel, dass nämlich das Causticum mit allen erkrankten Partien der Lidbindehaut in Berührung kommen soll. Nach der oben angegebenen Art, jedes Lid für sich zu umstülpen, wird in der Regel auch der Uebergangstheil der Bindehaut bloss gelegt, so dass er mit dem Causticum seinem Zustande entsprechend bestrichen werden kann. Die *Conjunctiva bulbi* braucht, auch wenn sie stark infiltrirt erscheint, nicht cauterisirt zu werden, weil ihre Anschwellung secundär ist, und weil ihre Geschwulst sich erfahrungsgemäss mit dem Zustande der Lidbindehaut verbessert. Zur Beschränkung der caustischen Wirkung auf die Lidbindehaut und, falls dies nöthig erscheint, auf einzelne Stellen derselben, eignet sich ganz besonders die von Desmarres eingeführte Mischung aus *Argentum nitricum* und *Kali nitricum*, welche zu gleichen Theilen oder im Verhältniss wie 1 zu 2 zusammengeschmolzen und in Stängelform gebracht werden. Der reine *Lapis infernalis* wirkt leicht zu tief ein, und ist nur bei chronischer Wucherung und Hypertrophirung der Bindehaut brauchbar. Mit dem durch *Kali nitricum* mitigirten Lapisstifte kann man verschiedene Grade von Cauterisirung dadurch erzielen, dass man mit demselben ein- oder mehrmal, leicht oder nachdrücklich über die zu ätzenden Stellen fährt, und dass man bis zur Neutralisation mittelst einer Kochsalzlösung, die man mit einem Haarpinsel aufstreicht, mehr weniger lange (zwischen 3—15 Sekunden) wartet. Die Lösung von 8—10 Gran *Argentum nitricum cryst.* in 1 Unze Wasser wirkt im allgemeinen milder und mehr diffus; nach ihrer Anwendung ist das Ueberstreichen mit Kochsalzlösung zulässig, doch nicht nothwendig. Jedesmal aber, man mag mit dem Stifte oder mit der Lösung cauterisirt haben, ist es gerathen, die zurückbleibenden Gerinnsel von Schleim, Eiter und Chlorsilber mittelst eines wiederholt in reines Wasser getauchten Pinsels sorgfältig abzuspülen. 3. Bei bedeutender Intumescenz der Bindehaut sollen nach jeder Aetzung seichte Scarificationen derselben vorgenommen werden. Gräfe macht sie mit dem Desmares'chen Scarificateur und legt Gewicht darauf, dass sie nur bei starker Schwellung der Bindehaut (Blutüberfüllung und Oedem) und zwar kurz nach der Aetzung vorgenommen werden; er schreibt ihnen nach vergleichenden Versuchen an dem einen und dem andern Auge Linderung der auf die Cauterisation folgenden Schmerzen, rasches Sinken der Bindehautschwellung und Abkürzung der Abstossungsperiode zu, und zieht sie deshalb allen andern Blutentziehungsmitteln vor. Ich habe sie bisher (bei *Blennorrhoea neonatorum*) noch nicht angewendet. 4. Nach jeder Aetzung müssen kalte Ueberschläge gemacht werden, so lange bis

die Schorfe abgestossen sind, und so oft das Steigen der Temperatur ihre Erneuerung erheischt. Sie kürzen die Abstossungsperiode ab, mindern die Heftigkeit der Reaction, und beschleunigen die Heilung, indem sie eine frühere Wiederholung der Cauterisation ermöglichen. Sie dürfen, was wohl zu beherzigen ist, nur so lange in Anwendung kommen, als die Krankheit ein ganz acutes Bild darbietet; durch Fortsetzung derselben über diese Periode hinaus wird meistens eher geschadet als genützt, die Rückbildung der Gewebe zur Norm aufgehalten. 5. Die Wiederholung der Cauterisation ist nicht nach einer gewissen Zeit, sondern nach den Folgen der vorhergehenden Aetzung zu bemessen. Wir haben oben bemerkt, dass in leichten Fällen auch eine einmalige Anwendung des Causticums ausreichen kann, um eine solche Veränderung hervorzurufen, dass die Rückbildung zur Norm sodann von selbst oder unter Beihilfe von kalten Umschlägen, von öfterer Abspülung der Bindehaut mit kühlem Wasser, oder von einem gelind adstringirenden Collyrium erfolgt. Die Wiederholung der Cauterisation wird nothwendig, sobald die Zufälle, welche eben die Aetzung erforderten, nämlich die Schwellung und die blennorrhoische Absonderung wieder zunehmen. Nicht bloss während der Abstossungs-, sondern auch während der Regenerationsperiode ist die blennorrhoische Absonderung sistirt, vorausgesetzt, dass nicht etwa grössere Partien ungeätzt geblieben waren, in welchem Falle von diesen aus blennorrhoisches Secret geliefert wird, während die touchirten Stellen noch in der Regeneration des Epithels begriffen oder selbst noch mit Schorfen bedeckt sind. „Sind bereits bedeutende Wucherungen auf der Schleimhautoberfläche vorhanden, so dauert die Regenerationsperiode kurze Zeit, ist oft beinahe unmerklich, und tritt die Recrudescenz oft nach kaum abgestossenen Brandschorfen wieder ein. In solchen Fällen muss die Aetzung zuweilen täglich zweimal vorgenommen werden. In andern Fällen folgt auf eine Abstossungsperiode von 4—6 Stunden eine Regenerationsperiode von 24—36 Stunden; dann thut man am besten, einmal täglich zu ätzen. Ist aber der Krankheitszustand frisch oder ist Tendenz zu festerer Exsudation vorhanden, dann braucht die Aetzung oft gar nicht, oder sie darf erst nach 2—3 Tagen wiederholt werden.“ Niemals darf die Aetzung wiederholt werden, so lange noch Brandschorfe vorhanden sind, wenigstens nicht an jenen Stellen, wo diese sitzen. Die Existenz der Brandschorfe zeigt sich durch das Hervortreten weisslicher oder gelblichweisser Inseln auf der Schleimhautoberfläche, welche gewöhnlich mit daran haftendem dicken, weisslichen, meist fadenziehenden Secrete verbunden sind. Ebenso dürfen jene Stellen in

der Umgebung der Brandschorfe nicht geätzt werden, wo ein netzförmiges, zuweilen in einzelnen Fetzen endigendes Fxsudat fest an der Schleimhautoberfläche haftet, wie diess in der acuten Periode der *Ophthalmia neonatorum* und in allen Fällen vorzukommen pflegt, welche Neigung zu fester, starrer Ausschwitzung in das Bindehautgewebe zeigen. „Sehen wir, dass der Typus von 24 Stunden nicht vollkommen mit der Dauer der Wirkung harmonirt, so können wir, indem wir etwas schwächer oder stärker ätzen, leicht die gewünschte Veränderung (in Bezug auf die Dauer der beiden Perioden) erreichen, was für den Praktiker nöthig ist, da er seine Patienten nicht zu jeder beliebigen, durch die Wirkung des Aetzmittels geforderten Stunde sehen kann; ist aber die Disharmonie eine sehr erhebliche, so muss die Aetzung zweimal täglich oder alle 2—3 Tage wiederholt und ebenfalls hiernach nuancirt werden. Man muss die Angehörigen beauftragen, darauf zu achten, wann die Eiterung am meisten nachgelassen und wann sie wieder angewachsen ist, um nach der Angabe hierüber approximativ die Dauer der Wirkung bemessen zu können; die Angaben über das Fallen und Steigen der Geschwulst sind weniger verlässlich. Sehr häufig ist nach einmal verrichteter Aetzung die Umstimmung und der Collapsus der Schleimhaut so gross, dass die frühere Form der Aetzung mit einer mildern, z. B. die Aetzung mit dem Lapisstift mit der 10granigen Lösung vertauscht werden kann.

Schliesslich haben wir noch zu bemerken, dass die Anwendung des Silbersalpeters unter den eben erörterten Modalitäten nicht gegenangezeigt ist, wenn durch Uebergreifen des entzündlichen Processes von der Binde- auf die Hornhaut diese bereits getrübt, mit einem Geschwüre versehen, oder selbst schon durchbrochen erscheint. Die Hornhautaffection gebietet nur gesteigerte Vorsicht, dass nichts von dem Causticum auf die Cornea komme, daher die Neutralisation und Abspülung besonders sorgfältig vorgenommen werde, und dass die Intensität der Cauterisation ja nicht zu gross ausfalle, sondern streng nach dem Zustande der Bindehaut bemessen werde. Wenn Durchbruch der Hornhaut droht, und die eitrige Filtration sichtlich noch um sich greift, reicht die Behandlung der Bindehautaffection an und für sich nicht mehr aus, der weitern Zerstörung der Hornhaut vorzubeugen; man muss dann trachten, die Circulation in der Cornea dadurch frei zu machen, dass man den intraoculären Druck vermindert. Zu diesem Zwecke führen zwei Mittel, Einträuflungen einer Lösung von *Atropinum sulfuricum* ($^1/_2$—1 Gran auf 1 Drachme) und die Punktion der Hornhaut. Erstere sind nicht immer ausreichend, auch wenn sie mehrmal des Tages vorgenommen werden. Es scheint, dass bei sehr hoher Spannung der Cornea dieses

Mittel nicht in den *Humor aqueus* übergeführt werden kann, was zur Entfaltung seiner Wirkung auf die Iris und auf den Ciliarmuskel nothwendig ist. Dieses Mittel entfaltet seine Wirksamkeit oft erst dann, wenn durch die Entleerung des Kammerwassers die Spannung im Bulbus herabgesetzt ist. Die Punktion der Hornhaut nimmt Gräfe an der dünnsten Stelle des Geschwüres vor. Bei diesem Verfahren wird man sehr vorsichtig sein müssen, dass man die Nadel nicht zu tief einführt, um ja die Linsenkapsel nicht zu verletzen, da die Geschwüre, die in Folge von *Blenn. neonatorum* entstehen, meistens im Bereiche der Pupille am tiefsten sind. Ich habe die Punktion bei Hornhautgeschwüren überhaupt meistens an der Peripherie der Cornea vorgenommen und glaube nicht, dass sie deshalb weniger günstig wirkte. Für die Fälle, wo bereits Durchbruch der Hornhaut mit oder ohne Vorfall der Iris eingetreten ist, glaube ich übrigens noch bemerken zu müssen, dass schon bei Oeffnung der Lidspalte, besonders aber bei Umstülpung der Lider die grösste Behutsamkeit nöthig ist, damit keinerlei Druck auf den Bulbus ausgeübt werde. Wo die Dauer der Krankheit, die Beschaffenheit der Lider und die Secretion vermuthen lassen, dass bereits Durchbruch der Hornhaut eingetreten sein könne, kann man in dieser Beziehung nicht genug vorsichtig sein. — Rücksichtlich der Prognosis bei Fällen mit Hornhautgeschwüren ist zu erinnern, dass dieselbe relativ günstiger ist, als bei Blennorrhöen älterer Individuen. Selbst nach durchbohrenden Geschwüren verschwinden die Narben gänzlich oder bis auf geringe Nebelflecke, sofern keine Adhäsionen mit der Iris entstanden. Ausgedehnte, die Pupille verdeckende Trübungen sah ich im Verlauf einiger Jahre, sowohl an In- als an Extensität so bedeutend abnehmen, dass eine Pupillenbildung, im 1. oder 2. Jahre angelegt, im 4. oder 5. Jahre rein überflüssig gewesen sein würde. Ich habe auch in Fällen ausgedehnter und tiefer (durchbohrender) Hornhautgeschwüre bei dem oben gerühmten milden Verfahren — ohne Anwendung von Mitteln auf das Auge selbst — überraschend günstige Ausgänge beobachtet, und wiederhole, dass, wer mit der Anwendung der caustischen Methode nicht völlig vertraut ist, im allgemeinen bei der Bindehautentzündung Neugeborener sicherer gehen wird, wenn er sich der milderen Behandlung bedient, mit der caustischen Methode wenigstens nicht in zweifelhaften Fällen den Anfang macht. —

Ich glaube im Vorstehenden gezeigt zu haben, dass das *Argentum nitricum* als Heilmittel bei Bindehautentzündung der Neugeborenen nicht unter allen Umständen anwendbar ist, und dass dasselbe von Seite des Arztes genaue Einsicht in die Gewebsveränderungen, und sehr viel Fleiss bei und nach jeder Application erfordert. Wo man das Kind nicht oft genug sehen kann,

um zu entnehmen, ob und wie bald eine zweite, dritte etc. Cauterisation nothwendig sei, wo nicht wenigstens die Angaben der Mutter oder Amme (in dem oben angegebenen Sinne) zur Orientirung hierüber benutzt werden können, entbehrt die Anwendung dieses heroischen Mittels jedes sicheren Anhaltspunktes und jeder rationellen Begründung. Man curirt dann eben auf gut Glück. Im günstigen Falle genesen die Augen bei solcher Behandlung; man weiss aber nicht, ob vermöge oder ob trotz derselben. Im ungünstigen Falle wird man sich dem Vorwurf, positiv geschadet zu haben, um so weniger entziehen können, je weniger genau man nach bestimmten Indicationen vorgegangen ist. Diese sind, wie gesagt, zunächst auf die Beschaffenheit der Bindehaut der Lider zu stützen. Von dieser allein hängt es ab, ob, wie intensiv und in welchen Zwischenräumen das Causticum anzuwenden sei. Wo ich die Bindehaut durch Infiltration starren Exsudates rigid fand, habe ich das Causticum gar nicht angewandt, oder nur an jenen Partien, welche von solcher Infiltration frei oder doch vorwaltend, wenn nicht ausschliesslich, durch Anhäufung von Blut und Serum geschwellt erschienen. Ich habe mich unter solchen Verhältnissen blos auf fleissige Reinigung und Einreibung von *ung. cinereum* mit *Extr. hyosciami* beschränkt, bis nach und nach grössere Partien oder die ganze Bindehaut für das Aetzmittel zugängig wurde. Es ist mir mehrere Male begegnet, dass ich die schon durch einige Tage angewandte Behandlung mit dem Causticum wieder durch einige Tage weglassen musste, weil erst während derselben sich dieser Zustand der Bindehaut entwickelte, welcher die Aetzung contraindicirt. Ich war aber nicht immer im Stande, die Ursache dieser Verschlimmerung mit Sicherheit zu eruiren; dass zu starke Aetzung hiezu Veranlassung geben könne, halte ich für wahrscheinlich; aber es ist schwer, besonders in der Privatpraxis, wo fehlerhafte Application der kalten Umschläge, vernachlässigte Reinhaltung der Augen oder der umgebenden Luft u. dgl. Einfluss genommen haben können, und dem Arzte oft unwahre Angaben hierüber gemacht werden, sich mit Bestimmtheit über die Ursache der Verschlimmerung auszusprechen.

Ueber das den Verlauf der Schutzpocken begleitende Fieber.

Von

Dr. C. Hennig,

Docenten und Dirigenten der Kinder-Poliklinik zu Leipzig.

Vor zwei Jahren hat G. Zimmermann in einem Journalaufsatze *) ausgesprochen, er werde zugeben, dass die Erhöhung der Eigenwärme in Krankheiten von einer allgemeinen, an das Blut- und Nervenleben geknüpften Ursache abhangen könne, wenn es gelänge, bald nach Einimpfung der Kuhpocken eine Steigerung der Blutwärme stetig nachzuweisen.

Für die Zunahme der Temperatur während der Blüthe des Ausschlags nimmt er, wie in allen übrigen Fällen, bis auf Weiteres den örtlichen Vorgang in Anspruch, so dass nach seiner Deutung vom entzündeten Hautbezirke die vermehrte Wärme auf den ganzen Körper so ausstrahle, wie von der Frucht in der Gebärmutter auf das Mutterthier.

Ich fühle mich nicht berufen, auf die Richtigkeit dieses Schlusses abgesehene Erörterungen anzustellen, weil ich glaube, dass von den Physiologen erst noch weiter vorgearbeitet werden muss, um die Nerven im Fieber in ihr Recht einzusetzen. Schiff's scharfsinnige Versuche lassen indess kaum noch zweifelhaft erscheinen, dass das Rückenmark Fiebernder leidet. Doch war jener Vorschlag für mich anregend genug, um vorläufig einige Thatsachen zusammenzustellen, mit denen nach meiner Ueberzeugung in der Prüfung des jetzigen Standes der Fieberlehre ein Gesichtspunkt mehr gewonnen ist. Zugleich haben mich die einschlägigen Versuche über den örtlichen Vorgang in dem Ablaufe der Schutzpocken auf eine Weise belehrt, welche mich veranlasst hat, die möglichst genau angestellten Beobachtungen in zeitlicher Reihenfolge mitzutheilen, dann aber nach mehreren Kategorien angeordnet zu Schlussfolgerungen zu verwerthen, und würde meine Mühe für belohnt halten, wenn ich Männer, denen Impfanstalten und Krankenhäuser zu Gebote stehen, zu vergleichenden Untersuchungen angeregt haben möchte.

---

*) G. Zimmermann, Preuss. Vereinszeitung 1854. Nr. 41.

Die Beobachtungen habe ich theils mit einem Contact-Thermometer, theils mit einem gewöhnlichen Kugelwärmemesser ausgeführt, die Ergebnisse aber nach Normirung beider Instrumente auf die 80theilige Scala reducirt. — Die ersten Untersuchungen wurden an Erwachsenen im Winter 1855/56, zum Theil unter freundlicher Mitwirkung eines meiner Zuhörer, Herrn Dr. Dudensing, die fernern an Kindern im Winter 1856/57 angestellt. Da Kinder unter 2 Jahren wegen ihrer Unruhe und Unleidigkeit derartige feine Experimente nicht begünstigen, so habe ich mich, mit Ausnahme eines Falles, an solche halten müssen, welche das 2. Lebensjahr überschritten hatten oder bald erfüllen sollten.

Es war mir beim ernstesten Vorsatze nicht möglich, die Objecte zu gleichnamigen Tageszeiten der Messung zu unterwerfen, deshalb erlaube ich mir, nebst einigen mir von Belang scheinenden Umständen das gesunde Verhalten den beabsichtigten Mittheilungen voranzustellen.

I. Das physiologische Verhalten und Fehlerquellen.

Unmittelbar nach der Geburt hat das Kind eine um $^1/_2{}^0$ R. (bis 0,55^0 R. v. Bärensprung; bis 1^0 C. Roger) höhere Wärme als die mütterlichen Geburtstheile; im Mittel beträgt die T. des Gebornen 30,33^0 R.

Nach dem ersten Bade sinkt die T. des Neugebornen durch Verdunstung des noch anklebenden Wassers, in maximo um 1,3^0; binnen 24 Stunden erhebt sie sich auf die durchschnittliche Höhe von 30^0. Zwischen dem 6. und 8. Tage fand Bärensprung eine geringe Steigerung, welche sich nach dem 8. wieder verlor. Ich bin geneigt, diese Zunahme in Beziehung zu bringen mit dem Geschlossenwerden mehrerer fötalen Gefässe und Oeffnungen im Blutbereiche, welche Schliessung unter dem geringen, fast physiologischen Grade von Entzündung geschieht, den H. Meckel nachgewiesen hat.

Viel grössere Schwankungen ergaben sich bei Bärensprung's Untersuchung in Bezug auf die Tageszeit jedes einzelnen Tages, indem er Mittags die T. am höchsten (30,24), eine geringere am Abende (30), noch tiefere Vormittags (29,93) nachwies. Am niedersten schien der Stand in den ersten Morgenstunden zu sein. — Das Mittel der Wärme in den ersten Monaten = 30,3^0.

29,65 ist es in dem späteren Kindesalter, wo zugleich, soweit ich nach den bald zu nennenden Ergebnissen zu schliessen berechtigt bin, die Schwankung nicht leicht 0,2^0 überschreitet, während die individuelle Schwankung sich zwischen 29,6 und 29,9 bewegt.

Unter der Achsel fällt die Messung immer um etwas (0,4°) geringer aus, als im After und Munde, am auffallendsten bei Erwachsenen, besonders Frauen — wegen der bedeutenderen Hautdunstung (Bärenspr.) und, setze ich hinzu, wegen des mehr angehäuften schlechtleitenden Fettes; wenigstens habe ich magere Individuen, Kinder sowohl als Frauen, in der Achselhöhle das Quecksilber viel höher treiben sehen, als fette, so dass in einem Falle bei 2 nur um 6 Jahre im Alter abstehenden erwachsenen Frauenzimmern ein Unterschied von 0,4°, zwischen der einen und einem gleichalten Jünglinge ein Unterschied von 0,9 herauskam, die tägliche Schwankung mit eingerechnet.

Die Messung im Munde ist weniger zuverlässig, als die im After, weil schon bei Erwachsenen viel Aufmerksamkeit und Ausdauer dazu gehört, die Kugel des Instrumentes $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang mit den Lippen fest zu halten, so dass sie dieselbe umschliessen, im Hintermunde aber die vorbeiströmenden Athemzüge die Kugel um so leichter abkühlen, als sie mit Mundflüssigkeit benetzt ist. Daher kommt es auch, dass Kinder sich zu dieser Messung schlecht eignen. Wenn daher Reuss*) die T. der Achselhöhle und der Hand im Scharlach im Mittel 1, 4° C. höher gefunden hat als in der Mundhöhle, so mag ihn Zimmermann **) immerhin der ungenauen Messung zeihen, doch ist hinzuzufügen, dass die betreffenden Kranken am Rechnungsfehler auch einen Theil der Schuld tragen dürften.

Nach den wenigen Beobachtungen, denen ich mich in dieser Hinsicht unterziehen konnte, erreicht die Hautwärme des scharlachkranken Kindes nicht die T. seines Blutes. Auch ist ja nicht die äussere Haut, sondern die Rachenschleimhaut der constant „entzündete" Theil in dieser Ausschlagskrankheit.

Muskelbewegung erhöht die Wärme des bewegten Theiles. So fand Dudensing die T. seines gesunden Armes um 0,5° R. höher, wenn er ihn mässig bewegte. Da diese Steigerung auch auf die Wärme der Achselhöhle Einfluss haben kann, so habe ich nicht nur bei den Messungen mit dem Contact-Thermometer, sondern auch bei denen mit dem Kugelwärmemesser das Quecksilber im Hauptbehältnisse künstlich auf ungefähr den Grad der Ausdehnung gebracht, welchen ich zu finden erwarten durfte, und dann sogleich an die betreffende Stelle gehalten. Auf diese Weise ersparte ich vorzüglich dem Kinde Wartezeit; denn auch die geduldigsten werden unruhig, wenn man sie lang still sitzen lässt.

---

*) Hallmann, über eine zweckmässige Behandlung des Typhus. Berlin 1844. S. 62.

**) Zimmermann, Archiv für die Pathologie und Therapie. I. S. 12.

Beim Contact-Thermometer wächst der Vortheil, den eine breite Grundfläche gewährt, mit dem Nachtheile, dass man den convexen Theil des Behältnisses nicht genug vor Wärmeverlust durch Strahlung behüten kann. Wo ich denselben nicht allseitig mit Wolle bedecken konnte oder wollte — denn mit der gänzlichen Umhüllung verliert man bei Kindern den Ueberblick darüber, ob das Gefäss gleichmässig und unter gleichbleibendem Drucke auf der Haut sitzt — da habe ich mich um so eifriger bemüht, höchst ähnliche Verhältnisse für die Beobachtung auf beiden Körperhälften herzustellen und äussere Schädlichkeiten abzuhalten. Unter letzteren war die Nähe des Ofens am meisten zu fürchten. Ein Gegenversuch zeigte in einem Falle Steigerung der Quecksilbersäule durch zugestrahlte Wärme um mehr als 1° R.

Der Grad, in welchem man auf die lebendige Oberfläche drückt, wird um so schädlicher, je breiter die Grundfläche des Contact-Thermometers und je dünner das Glas ist. Auf sehr elastischen Flächen kann man in dieser Weise die Säule einen ganzen Grad in die Höhe treiben. Minder ist dies thunlich, also weniger zu fürchten an der Hautfläche, welche den Deltamuskel überzieht und nach Brauch von mir zur Impfung und bez. Messung stets gewählt worden ist. Etwas erheblicher als der vom Widerstande herzuleitende Fehler liess sich derjenige wahrnehmen, welchen der anhaltende verstärkte Druck an der zu messenden Hautstelle durch deren lebendige Gegenwirkung erregt, indem Blutandrang entsteht, welcher noch einige Zeit nach aufgehobenem Drucke anhält. Ein Ueberschreiten der Wahrheit um 0,1 — 0,2° war die unvermeidliche Folge ungebührlichen Aufdrückens.

Am bedeutendsten fällt die physiologische Schwankung aus, welche die Luftwärme an der Körperoberfläche verursacht, und es kühlt letztere um so empfindlicher und nachhaltiger aus, je jünger und zarter das Kind ist. Doch ist jene Schwankung weder unvermeidlich, noch für unsern Zweck verderblich, sobald man beide Arme unter gleiche Verhältnisse stellt. Kommt ein Kind aus der Winterkälte herein, und ist es namentlich mit dickem Fettpolster unter der Haut versehen, so ist die Wärme der bewussten Armstellen bisweilen um 1,6, selbst 2,8° R. geringer, als wenn das Kind sich in der warmen Stube aufgehalten hat; aber dieser Unterschied gleicht sich, sofern man es nur nicht dem Ofen zu nahe bringt, so langsam aus, dass man unter den oben angegebenen Vorsichtsmassregeln ohne erheblichen Fehler beide Seiten selbst nach einander messen kann. Die pathologischen Unterschiede stellten sich, wie bald zu sehen sein wird, eben so merklich heraus, ob die Haut sich kühl oder warm anfühlte.

II. Darlegung der Beobachtungen.

An 5 Kindern und 3 Erwachsenen wurden Messungen angestellt. Die Kinder waren noch nicht, die Erwachsenen mit Ausnahme einer Person in der Kindheit mit Erfolg geimpft. Alle während der jetzigen Impfung beziehentlich gesund.

A. Verzeichnung der Kinder.

1. **E. C.**, Mädchen von 6½ Monaten, wurde am 19. November 1856 Mittags mit Erfolg vaccinirt. — Abends betrug die T. der geimpften Stelle 25,8° R. Bei einer vergleichenden Messung an einem etwas älteren Kinde fand ich die Wärme beider Orberarme an der nämlichen Stelle und bei gleicher Luftwärme = 26,3.

Knaben: 2. **R. A.**, 1¾ J. alt, ist schwächlich, von blasser Gesichtsfarbe, bekommt unpassende Kost.

„ 3. **M. K.**, 2 1/12 J. alt, ist kräftig, war früher etwas rhachitisch, daher seine Unterschenkel nach innen gekrümmt sind; ist dann schnell beleibt geworden.

4. **P. W.**, Mädchen von 3⅚ J., ist ungemein kräftig und fleischig, hat dickes Fettpolster. Ich impfte sie zum ersten Male am 12. Januar 1857 mittels Lymphe, welche in einem Haarröhrchen aufbewahrt gewesen, ohne dass sie fing. Dieser Fall dient zum Vergleiche mit den erfolgreich Vaccinirten, daher ich hier die T.-Bestimmungen einfüge.

	T. der Achselhöhle	des rechten,	des linken Oberarmes am *M. deltoïdes*.
vor der Impf. 12. Jan.			
Ab. 5 U.	29,8	26,1	26,1
½ Stunde nach der Impfung			25,7 an d. Stelle d. Stichwunden.
13. Jan.			
Mitt. ½12 U.	29,7	26,5	25,9
Ab. 6 „	29,9	25,9	26,5.

5. **H. E.**, 7 J. alt, litt vor mehreren Jahren an Entzündung des rechten Kniegelenkes mit Abscessen, wovon Anchylose des rechten Knies zurückgeblieben ist. Die Ernährung des gut gelaunten Knaben ist kaum mässig, die Haut dünn, fast ohne Fettpolster. Ich impfte ihn von **M. K.** ab am 28. December 1856.

B. Als Erwachsene

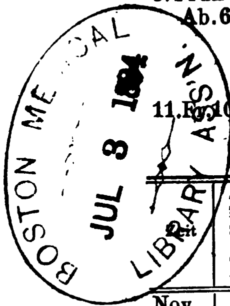
waren 1. **D.**, ein Jüngling, im Beginne der 20er Jahre.
2. **E. M.**, ein Frauenzimmer von 22,
3. **F. S.**, eines dergl. von 28 Jahren; beide einmal entbunden.

Erstere von dünner Haut und schlank, aber behend; letztere untersetzt und ziemlich gut genährt. — Bei **D.** und **E. M.** bildeten sich nur spitze, pockenähnliche Pusteln (*Vaccinellae*) und zwar schon am 3. Tage aus, ohne Hinterlassung von Narben; **F. S.** dagegen bekam genabelte Blattern, obschon kleiner, als primäre Schutzpocken bei Kindern zu sein pflegen. Sie hinterliessen nach Jahr und Tag noch sichtbare flache Narben.

III. Tabellarische Uebersicht des Ganges der Temperaturen.

Zeit	Achselhöhle linke	Impfstelle links	Entsprechende Stelle am andern Arme	Bemerkungen R. A.	Achselhöhle linke	Impfstelle links	Entsprechende Stelle am andern Arme	Bemerkungen M. K.
21.Dec. Fr.9U. vor / nach der Impfung	29,8	27,3	.	. .	29,6	24,9 bei niederer Luftwärme	.	1 Impfstich war unter die Lederhaut gerathen, blutete, entzündete sich etwas, ward daher mit dem Thermometer vermieden.
Ab. 7 U.	29,6	26,2	27,2	. .	30	26,8	27,7	. .
22.Fr.11U.	rechte 29,7	26,1	27	. .	rechte 29,6	26	27,1	. .
Ab. 7 U.	29,8	26,1	27	. .	30	25,9	26,1	. .
23.Fr.11U.	30	25,4	27	hat unruhig geschlafen, am Ohre Ecsem.	29,9	24,9	27,5	bei höherer Temperatur des Zimmers.
Ab. 8 U.	29,2	26,3	26,4	. .	29,6	26,3	26,5	. .
24.Fr.11U.	29,6	25,5	26,8	. .	29,9	26,1	25,7	. .
Ab. 6 U.	29,8	26,6	26,9	. .	29,4	25,5	26,2	. .
25. Fr. 9 U.	29,8	26,6	26,7	Die Stippen werden vom Drucke des Th. gereizt, und veranlassen Kratzbewegungen; Bronchial- und Darmcatarrh	29,9	25,8	25,9	7 Pusteln kommen.
Ab. 5 U.	29,8	.	.	. .	29,5	.	.	. .
26. Fr. 9 U.	30,5	.	.	. .	29,8	.	.	Durchfall.
Ab. 5 U.	30,8	.	.	. .	29,9	.	.	. .
27.Fr.11U.	29,9	.	.	hat sich zwei von den fünf Pusteln aufgekratzt.	30,1	.	.	. .
Ab. 9 U.	29,8	.	.	. .	29,3	.	.	. .
28. Fr. 8 U.	29,8	.	.	die Pocken fallen ein.	30,1	.	.	„ abgeimpft.
Ab. 4 U.	29,9	.	.	Durchfall	30,6	.	.	nach dem Abimpfen.
29. Fr. 8 U.	30,1	.	.	die Pocken laufen aus.	30,5	.	.	. .
Ab. 9 U.	29,9	.	.	Durchfall.	—	.	.	schläft, Durchfall schlimmer.
30. Fr. 8 U.	29,8	.	.	. .	30,5	.	.	. .
Ab. 6 U.	29,9	.	.	. .	30,4	.	.	. .
31. Fr. 9 U.	29,5	.	.	„ lässt nach.	29,5	.	.	lässt nach.
Ab. 6 U.	29,8	.	.	. .	29,8	.	.	. .
Jänner. 1. Fr. 11 U.	29,9	.	.	. .	29,9	.	.	. .
3. Mit. 12 U.	29,85	.	.	. .	29,5	.	.	. .

Zeit	Achselhöhle links	Geimpfter Arm rechts	Nichtgeimpfter Arm links	Bemerkungen H. E.	Zeit	Achselhöhle	Impfstelle	Entsprechende Stelle am anderen Arme	Bemerkungen P. W.
Dec.					30. Jan.				
28. Fr. 8 U.	29,9	26,5	26,7	. .	Ab. 6 U.	30,1	24	24,5	bei niederer Luftwärm
„ 8½ U.	.	25,5	.	. .					
Ab. 5 U.	30,2	26,6	26,3	. .					
29. Mittag									
12 U.	30,2	27	27	. .	31. Mittag				
Ab. 6 U.	29,8	27,2	27	. .	12 U.	29,9	25	26,1	. .
30. Fr. 11 U.	29,8	26,9	25,6	. .					
Ab. 6 U.	29,8	26,1	26,5	. .					
31. Mittag									
12 U.	29,8	26,7	26	. .	6. Febr.				
Ab. 7 U.	29,85	29,1	28,6	. .	Mittag	. .	.	.	abgeimpft.
					Ab. 6 U.	30,6	.	.	nach dem Abimpfen.
4. Jan.									
Ab. 5 U.	30,7	.	.	. .					
5. Früh	.	.	.	abgeimpft	7. Ab. 7 U.	30,2	.	.	. .
Ab. 6 U.	30,2	.	.	nach dem Abimpfen.					
					11. Ab. 6 U.	29,9	.	.	noch etwas periphere Röthe.
11. Fr. 10 U.	30	.	.	. .					



Zeit	Achselhöhle	Impfstelle links	Entspr. Stelle rechts	Bemerkungen D.	Zeit	Mundhöhle	Bemerkungen E. M.	Zeit	Mundhöhle	Impfstelle links	Entspr. Stelle rechts	Bemerkungen F. S.
Nov. 25. Fr. 9 U. vor der Impfung		.	.	.	.	28,7	.	.	.	.	.	.
Mit. 1 U. nach der Impfung	28,7	24,3	25,3	bis 25,8 s. ob. S. 46	.	rechte Achselhöhle	.	Ab. 5 U.	29,2	25,6	26,8	.
26. Ab.	29,2	24,8	25,3	.	Ab. 10 U.	29,3	.	.	29,4	.	.	.
27. „	29,2	25,6	26,3	.	.	.	*vaccinellae*	.	.	.	.	*roseolae*
28. „	28,7	25,8	26,6	*vaccinel.*	.	.	.	.	.	.	.	.
29. „	28,7	26,3	26,3	.	Ab. 10 U.	29,6	*phlegmone*; 1 unvollk. Pustel.	.	29,3	.	.	*vesiculae*
Dec. 2.	.	.	.	.	.	.	.	Ab. 4 U.	29,8	.	.	menstruirt
3.	.	.	.	.	.	.	.	10 U.	28,9	.	.	3 kleine Schorfe.

Achselhöhle

.	IX.		X.		XI.		XII.		XIII.		XIV.	XV.
,4	30,3	30,1	30,15	30,15	29,5	29,8	29,9	.	.	29,9	29,7	30
3	2	[illegible]	2	2	2	2	2	.	.	1	2	1
,8	.	28.4	.	.	.	.	.	.		.	.	.
1	.		.	.	.	.	.		.	.	.	.
,25	.	29,[illegible]	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0,1	+0,3	+0,1	0	+0,1	—0,3	0	+0,05	.	.	.	0	.
1	+0,9	.	+0,9	+0,8	—0,1	+0,2	+0,3	.	.	.	—0,1	.
0,8	.	+0,3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	+0,1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0,8	.	+0,4	.	.	.	.	.	.	.	+0,1	.	.
0.9	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

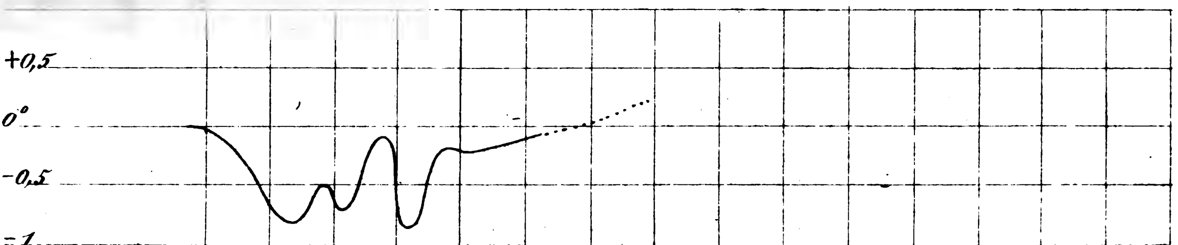
de einzelne Person. Das + Zeichen bedeutet, um wie viel Grade die normale T.

Armen.

I.		II.		III.		IV.		V.	
	—0,5	.	.	.	.	.	.	.	.
	—0,9	—1,1	—0,2	—2,6	— 0,2	+0,4	—0,7	—0,1	.
,2	+0,3	0	+0,2	+1,3	—0,4	+0,7	+0,5	.	.
,4	.	—0,6	+0,6	.	.	.	.	.	.
	—0,5	—1,1	.	.	.	.	.	.	.
	—1	—0,9	—0,9	—1,6	—0,1	—1,3	—0,3	—0,1	.
,2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	—0,5	.	.	—0,7	.	—0,8	.	0

Zahlen beziehen sich auf die geimpften Arme.

Arithmetische Mittel-Curve des Unterschiedes der T. des geimpften und des verschonten Armes.



Lithogr. Anstalt v. A. Hartinger in Wien.

Eine Steigerung d
der Impfung ist nachwe
bei Kindern, wie bei Er
bewegt sie sich zwische
Personen nicht nur versc
Gipfel an verschiedenen T
liche Alter, so finden wir
Abende des ersten Tages.
am Abende des zweiten T
rung nur am Morgen des
eine Senkung um 0,8° folgt.
bei Kindern verschwunden, u
mit ihm ab. Bei letzteren erh
nicht blos auf Entwicklung fal
den kann, denn bei S. entwi
ein Eiterungsfieber am 8. Tag
Steigerung bei den übrigen als
so dass primäre und secundäre (
menfallen, so ist doch an fernere
gelungener Revaccination sich
Kindern gestalten.

Auch die Wärme der Haut
Ziehen wir nämlich in Betracht, d
der Wärme an der Oberfläche des
(2 Fälle), die des zu impfenden me
betrug, so bleibt für den nicht gein
Abzug dieser vielleicht zufälligen
durchschnittlicher Abstand bis zu
Wärme, welche Grösse von Kinde
Abende des vierten Tages erreicht
Hautwärme ist demnach nicht parallel
höhle, obschon beide während der e
gleichmässig über das Niveau erheben.

Die primäre Zunahme der Blutw
örtlichen Vorgange hergeleitet werden,
während der ersten drei Tage in der
Senkung begann mit einer einzigen
äussern Verhältnissen begründet sein
Impfung, um laut Tab. V. am Morgen d
Stand zu erreichen, und nach einer S
Abende des vierten Tages, von da fast st
welche am fünften Morgen erreicht wird.

E. wurde am fünften Tage mit einem Kugelthermometer an der Impfstelle gemessen und wies hier bei sorgfältig vermiedener Abkühlung eine T.-Erhöhung auf, welche andeutet, dass die Entzündung der Haut in vollem Gange war.

Es beträgt die Abnahme der T. an der geimpften Stelle vor der secundären Erhitzung 0,7°; individuell bewegt sie sich zwischen 0,5 und 2,2°. — Verglichen mit der gleichzeitigen Wärme des gesunden Armes fällt der Unterschied bedeutender aus: sein arithmetisches Mittel ist 0,93°, sein Durchschnitts-Maximum tritt nach einem Aufschwellen am Abende des zweiten Tages, am dritten Morgen ein und beträgt 1,2. Individuell variirt er zwischen + 0,1 und + 2,6.

Diese Veränderung der T. an der verletzten Stelle hängt

1. von den Folgen der Verwundung ab. Wir nehmen an, dass eine wenn auch noch so geringe Reaction folgt, in welcher die Analyse die Anfänge zur Entzündung finden würde. Das erste Stadium der Stase soll nun aber in Verengung der dem Entzündungsherde nächsten kleinen Arterien bestehen. Die von mir nachgewiesene Abnahme der T. würde sowohl hierauf als auch auf Stockung in den kleinen Venen passen. Bei W., wo der erste Impfversuch misslang, fiel das Thermometer am linken Arme, welcher 5 Stiche erhalten hatte, auf denselben ½ Stunde nach der Impfung 0,4° unter die Norm; am nächsten Morgen stand es um 0,2° tiefer als normal, dagegen 0,6° niedriger, als die entsprechende Stelle am andern Arme, und am Abende des zweiten Tages überragte die T. der gereizten Stellen nicht nur die vorher gesunde Haut, sondern auch die entsprechende Stelle am andern Arme.

2. Vom Einbringen des thierischen Giftes. Diese hinzutretende Ursache erschliesse ich aus dem Umstande, dass der Unterschied nach gelungener Vaccination viel grösser ausfällt, als nach fruchtloser, wie eben zu sehen war. Darf man auf die Aussage Erwachsener hiebei etwas geben, so ist nicht unwichtig, dass mehrere mir ohne Aufforderung sagten, es sei doch ein ganz anderes Gefühl, eine nachhaltigere Empfindung, wenn sie vom Arme eines Kindes übertragene Lymphe frisch erhielten, als wenn ich sie, wie kurz zuvor ohne Erfolg geschehen, mit aufbewahrtem Stoffe impfe. Diejenigen, welche sich so geäussert hatten, bekamen zur rechten Zeit schöne Pusteln und nicht unbeträchtliches Fieber, welches sich durch Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen (einer offenbaren Reizung des Rückenmarkes), Kehlkopfcatarrh und Schlafmangel auszeichnete.

Es wäre eine würdige Aufgabe, vergleichende Versuche mit ächter Lymphe von Pusteln des Rindes an Nichtgeimpften anzustellen, um zu erfahren, ob jene Veränderung der Wärme des verletzten Armes darauf in gleicher Weise einträte, wie auf die

von Menschen genommene Schutzpockenflüssigkeit
stehen die ersten vom Thiergifte erzeugten Pusteln
weniger voll, kommen später zu der Entwicklung
erstgeimpften Menschen fortgepflanzten Schutzpock
nitur *).

Das Eiterungsfieber der Schutzblattern hebt,
minderung der Temperatur am 4. Tage bis unter
dem 5. Tage seit der Impfung an und hört mit dem
nach die Blutwärme (am 11.) eine zweite Erniedrig
physiologische Mittel erfährt, bis nach geringem A
und 13. Tag) am 14. jede Spur von Hitze verschw
diesem Tage pflegt auch der entzündliche Hof um
Pusteln erblasst zu sein.

Der Tag des heftigsten Vaccinefiebers ist der
nächst steht der 9. Morgen, an welchem derjenig
wegen vorfrühen Erreichens der *Acme* (am 6. Abe
steht (A), eine secundäre, aber geringere Erhebun
ratur darbot (s. Tab. VI). Er ist auch der einzige
die primäre Steigerung unscheinbar war und unge
einhielt **).

Individuell schwankt die Temperatur im eigentl
Fieber zwischen 29,8 und 30,8° und wiederum
und 1° über der Norm. Es ist demnach beträchtl
Eiterungs-Stadium der Schutzpocken und geringer
jenigen der Menschenblattern (*Variola vera*). Da
Schutzpocken giebt ein Schattenbild von dem der ä
welches ebenfalls drei Haupterhebungen zeigt, die er
malfieber (hält 2—4 Tage an), die zweite als Sup
(vom 8.—11. Tage), die dritte als Desiccationsfieber (
pflegt bei mässigem Ausbruche die *febris variolosa* i
Stand (32,5—33,5°) in der ersten, *f. vacciolosa* in de
fervescenz zu erreichen, und nur ineinanderfliessend
blattern treiben die Hitze im 2. Stadium am höchste
Fieber der Varioloïden schliesst sich eng an das der wa
an, und ist im Anfange ausgezeichnet (32,2°) währen
däre Erhöhung der Temperatur gering ausfällt (31,7°
fehlt †).

---

*) *Vgl.* auch Friedinger, über humanisirte und originäre
lymphe. Wochenbl. d. Ztschr. der Ges. d. Aerzte zu Wien

**) *Vielleicht* erklärt sich diese Erscheinung aus dem laut
8. Tage bei dem ohnehin schwächlichen Kinde eingetrete
falle. Schwächlinge besonders unter sehr jungen Kinder
Bednař nicht der Entzündung entsprechende Fiebergrad
bei etlichen sank die T. sogar unter die Norm.

***) *Vgl.* Wunderlich, Handbuch d. Path. u. Ther. 2. Aufl. -

†) Schmitz, *de calore in morbo. Bonae* 1849.

Bouillaud, Andral und Roger fanden die Temperatur im Anfange der ächten Menschenblattern ebenfalls am höchsten, am 2. und 3. Tage nach erfolgtem Ausbruche am niedrigsten, worauf sie allmälig stieg, um den 7.—9. Tag eine Höhe zu erreichen, die der anfänglichen zuweilen nur wenig nachstand (Baerensprung in Müller's Arch. 1852 (III) S. 217 ff.).

Das künstliche Oeffnen der Schutzpocken (Abimpfen) hat nicht nothwendig Steigerung der Eigenwärme zur Folge, denn A., bei welchem am Morgen des 9. Tages die Pusteln ausliefen, zeigte zu dieser Zeit eine 0,2 ° höhere Temperatur, als den Abend vorher, E. dagegen nach dem Abimpfen am Abende des 9. Tages eine 0,5 ° niedrigere, als am 8. Abende. Nur W. und K. wiesen am Abende nach dem Abimpfen gleichmässig 30,6 ° (8. Tag) auf, letzterer 0,5 ° mehr, als am Morgen des nämlichen Tages.

Noch ist zu erwähnen, dass der Einfluss der Menstruation auf Vermehrung der Blutwärme Vaccinirter nicht erheblich sein kann, da eine vergleichende Messung an einer Nichtgeimpften nur eine Steigerung von 0,2 ° R. ergab. Demnach wird sich Tab. III. F. S. von der Temperatur des Abends (2. December) einen erheblichen Abzug nicht gefallen lassen.

Leipzig, im Februar 1857.

Nachträglich, am 10. März, bot sich mir Gelegenheit, an einem ungewöhnlich duldsamen Kranken meiner Poliklinik die oben angeführte Thatsache, dass die Hautwärme scharlachkranker Kinder nicht deren gleichzeitige Blutwärme überragt, aufs Neue zu erweisen.

F. R., 7 Jahre zählender Knabe, erkrankte 6 Wochen nach seinem schwächeren Zwillingsbruder am Scharlach, welcher bei Beiden mit ungewöhnlich geringem Fieber und nur einer Spur von Halsentzündung verlief. 48 Stunden nach dem ersten Auftreten des Ausschlages (im Gesichte), Abends 9 Uhr, waren die Arme lebhaft gefleckt (*sc. variegata*), Rumpf und Schenkel nur im Beginn der Röthung. Im Mastdarme stieg der Kugelwärmemesser bis auf 30 ° R., während das Quecksilber des Contact-Thermometers, dessen geschützte Basis auf dem Bauche des *M. extensor digit. comm.* am rechten Vorderarme ruhte, nur 28,8 ° erreichte.

Ueber Syphilis congenita der Ne
und der Säuglinge.

Von

Dr. Herm. Zeisel,
Docenten der Syphilidologie in Wien.

(Aus den Heften seiner Vorlesungen über Syph

Es ist noch nicht lange her, dass man die Sy
ableugnete und zurückwies. Dies thaten nicht nu
die Existenz des syphilitischen Giftes überhaupt im A
wie Broussais, Jourdan, de Bru, Des
Devergie, sondern auch solche, die das syphi
seinen Wirkungen kannten.

So z. B. nahm Kluge*) die Uebertragung d
als eine *Infectio per partum* an, wenn nämlich die
Gebärenden mit primären syphilitischen Geschw
waren. Kinder, welche von Müttern geboren wur
Genitalien man durchaus nichts Krankhaftes bem
erklärte Kluge, sobald solche Kinder kurz nac
Ausschläge, Condylome, etc. zeigten für dyscrasisc
für solche Kinder eine eigenthümliche durch ungesu
dingte herpet. scrofulöse Dyscrasie an.

Hunter behauptete, die syphilitische Infectio
innerhalb des Uterus wäre nur möglich, wenn die M
litisch ist, er leugnet aber, dass, wenn die Mutter ges
nicht an primärer, sondern an secundärer *Syphilis* lei
diese Krankheit auf die Frucht übertragen könne. H
nur den Eiter der primär syphilitischen Geschwüre
hielt, glaubte, dieser Eiter durcheile, nachdem er im
der Mutter seine vergiftende Wirksamkeit geäussert ha
ohne diese geäussert zu haben, unverändert die gros
der Mutter und gelange durch die Placenta zur Fruc

*) Behrend's Archiv für Syphil. und Hautkrankheiten -
1. Band, 1. Heft, pag. 18.

allsobald durch die Aufnahme dieses ihm zugeführten primären Giftes allmählig secundär erkrankt.

Geradezu entgegengesetzter Ansicht war Swediaur *). Während nämlich Hunter, wie so eben gesagt wurde, eine intrauterinäre Infection der Frucht von Seite der Mutter annimmt, und die Zeugung eines syphilitischen Kindes durch einen syphilitischen Mann mit gesunder Frau leugnet; behauptet jener vielerfahrene Schriftsteller, dass die Syphilis bisweilen durch den Samen vom Vater auf die Frucht übergehen könne; in Bezug jedoch auf die Uebertragung des venerischen Giftes von der inficirten Mutter auf die Frucht, habe er aller Mühe ungeachtet, auch nicht ein einziges wohl constatirtes Factum auffinden können, welches dieses ganz unzweifelhaft erwiese.

Die Syphilidologen der Gegenwart, selbst diejenigen, welche die Impfbarkeit des Blutes und des Eiters secundär syphilitischer Individuen leugnen, wie Ricord und seine Schule im engeren Sinne, sprechen sich durch vielfältige Erfahrung gedrängt dahin aus, dass sowohl von Seite des Vaters als auch von Seite der kranken Mutter die Uebertragung der Lustseuche auf den Embrio stattfinden könne.

Nach meiner Beobachtung bringen Frauen, die mit recenter secundärer Syphilis zur Zeit der Empfängniss behaftet sind, höchst selten eine lebende Frucht zur Welt, gewöhnlich erfolgt ein Abortus zu Anfang des achten Monats. Frauen, die an inveterirter secundärer Syphilis leiden, sind nach mehren mir untergekommenen Fällen grösstentheils unfruchtbar.

Wird jedoch eine schwangere Frau bei vorgerückter Schwangerschaft inficirt und mit secundärer Syphilis behaftet, so kann sie dennoch eine gesunde ausgetragene Frucht zur Welt bringen.

Der bei weitem grössere Theil der Neugebornen, welche die Syphilis mit zur Welt bringen, oder kurz nach ihrer Geburt Symptome von secundärer Syphilis darbieten, danken dieses Erbtheil einem gewissenlosen, oder über seinen Gesundheitszustand in Unkenntniss schwebenden Vater. Zur Constatirung der Diagnose des als syphilitisch verdächtigen Neugebornen examinire daher der Arzt mehr das Vorleben des Gatten als die Genitalien der Wöchnerin. Dass an secundärer Syphilis leidende Männer syphilitische Kinder zeugen können, ohne auf die Gattin die Syphilis zu übertragen, ist eine sich täglich wiederholende Thatsache, welche wohl so lange unerklärt bleiben wird, als nicht das nächtliche Dunkel, welches die Lehre der Generation und Evolution umgibt, gelichtet sein wird.

*) Traité complet des maladies syphilitiques, par Swediaur. Paris 1801. Tom. II.

Neugeborene,
Uterinal-Lebens ül
tomen der allgeme
sich erst einige Tag

Die mit zur W
äussernde heredit. S
hafte Erscheinunger
und durch umschrie
sudate (Schleimtuber
Schleimhautüberzuge
an den Uebergangs
weiblichen Genitalier
Säuglinge, bei denen
nach ihrer Geburt sy
zeigen, leiden nicht a
lis, ein Umstand, der
ist. In vielen Fällen bl
Kinder mehre Jahre sc
bene syphilitische Diath
jahre) durch Knochenaut
durch eitrig zerfliessende
der Nasenspitze (Lupus
congenitus ist meines Er
rung der Uvula, des G
während die Zerstörunge
borener Syphilis vorkomn
der allgemeinen Bedeckun
stattgefunden hätte. Diese
der nur zu oft für Sympt
Jugendsünde des Vaters s
wenn in dem unglückliche
Siechthums sich so furchtba

Der späteste Ausbruch
beobachten Gelegenheit hat
ches in Folge lange bestan
Tonsillen, so wie eines auf
entstandenen perforirenden

Mehrere Aerzte hielten
stand und gediegenen Charak
vor mehren Jahren gestorbe
bekämpften dasselbe fruchtlos
Oleum jecoris aselli, und Salzb
vorgeschlagene mercurielle
anfangs ungläubigen behande
Mutter innerhalb dreier Woche

gekrönt ward, dass die Begrenzung und Vernarbung der Geschwüre erzielt wurde.

Je recenter die constitutionelle Erkrankung des Vaters oder der Mutter zur Zeit als die Zeugung stattfand, war, je weniger Mercurialien oder Purganzen gegen die Erkrankung derselben in Anwendung gebracht wurden, desto auffallender und früher zeigt sich am Neugebornen das mitgetheilte Leiden, während, wenn der Vater zur Zeit der Zeugung an verjährter vielfach behandelter Syph. litt, die Frucht scheinbar gesund zur Welt kommt, aber nach Jahren, wie schon erwähnt, an Knochenanschwellungen, Tuberkeln, d. i. an sogenannter tertiärer Syphilis leidet. Nur insoferne hat die Behauptung Bassereau's *), dass die mit heredit. Syph. behafteten Kinder an derartigen Symptomen der Syphilis leiden, welche denjenigen entsprechen, mit denen die Eltern zur Zeit der Zeugung behaftet waren, viel Wahres für sich.

Das Fleckensyphilid.

Wenn die Syphilis congenita sich gleich oder einige Tage nach der Geburt kund gibt, so äussert sie sich gewöhnlich durch ein maculöses Syphilid, welches sich durch zumeist getrennt stehende, linsen- bis erbsengrosse braunroth gefärbte Flecke charakterisirt. Obwohl die Flecke kaum über das Niveau der Haut hervorragen, beruhen sie doch vorherrschend auf Exsudation, denn beim angebrachten Fingerdruck erblassen wohl die Flecke, schwinden aber nicht vollkommen.

Die am leichtesten zu bemerkenden Flecke sitzen an den Seitentheilen des Brustkorbes. Gegen die Mitte der Brust werden die Flecke immer spärlicher, am Halse und im Gesichte kommen die Flecke gar nicht vor, wohl aber an der Stirne, an der Grenze der behaarten Kopfhaut.

Am deutlichsten treten die Flecke hervor, wenn das Kind in einem kalten Zimmer enthüllt wird, oder wenn es aus einem heissen Bade in ein kühles Zimmer gebracht wird; weil durch die plötzliche Versetzung in eine niederere Temperatur das in den Haut-Capillaren circulirende Blut theilweise zurücktritt, und dadurch das bereits ausserhalb der Circulation befindliche, die Flecken bedingende exosmosirte Exsudat und Blutpigment den betreffenden Hautstellen ein blauroth geflecktes marmorirtes Aussehen verleiht.

Da die feine Haut der Neugeborenen gewöhnlich hyperämisirt ist, so werden die Flecken von ungeübten Augen leicht übersehen,

---

*) Traité des affections de la peau symptomatiques de la Syphilis par Leon Bassereau, pag. 540.

und das Grundleiden erst dann erkannt, bis sich dasselbe durch andere tiefer greifende auffallendere Veränderungen der allgemeinen Bedeckung oder der Schleimhaut kundgibt

Ausserhalb des Mutterleibes entwickelt sich dieser Ausschlag gewöhnlich innerhalb 3—4 Tagen. Wird das Leiden nicht bald zweckmässig behandelt, so treten ungemein rasch an einzelnen Stellen des Körpers Erscheinungen auf, welche alsobald jeden Zweifel über den ernsteren Grundcharakter des Uebels beheben. So bilden sich an den Fersen, den Fusssohlen und den Hohlhandflächen linsengrosse kupferbraune flache Knötchen, welche sich bald mit leicht abziehbaren weissgelben Schuppen bedecken, oder es entstehen an diesen Stellen, namentlich an den Fersen in die Cutis dringende Excoriationen, Schrunden (Rhagades). Sehr häufig sind die Nasenflügelfurchen auffallend geröthet und mit feinen weissgelben Schuppenkrüstchen bedeckt, während an den Commissuren der Mundlippen und an den Nasenmündungen zu braunen Krusten vertrocknete Schleimtuberkeln vorkommen.

Derartige nässende Schleimtuberkeln bilden sich ebenfalls am After, in der Afterkerbe, am Scrotum, so wie in den Genitocruralfalten beider Geschlechter, da jedoch an beiden letzteren Stellen, einerseits durch die erhöhte Temperatur, anderseits durch die gesteigerte Schmerabsonderung die feine Oberhaut leicht macerirt und abgestreift wird, so werden die Schleimtuberkeln oder flachen Condylome dem minder geübten Auge unkenntlich, und die epidermislosen Stellen für Intertrigo gehalten. Das blosgelegte geröthete leicht blutende Corion sondert an diesen Stellen eine gelbliche rasch in Putrescenz übergehende klebrige Flüssigkeit ab. Bei minder herabgekommenen Neugebornen kommen derartige nässende flache Condylome an den Gesässfalten und in der Kniekehle vor. Eben so ist in vielen Fällen an der Glans, so wie an der innern Fläche des Präputiums, und an den kleinen Schamlefzen das Epithelium an erbsengrossen Stellen abgestreift. Die erodirten Stellen selbst sind lebhaft geröthet, und werden von einem mucopurulenten Secrete bespült.

In einzelnen Fällen findet man zwischen den Roseola-Flecken auch einzelne lenticuläre Papeln, die sich mit dünnen Schuppen bedecken, oder durch ihren Glanz eine bereits stattgefundene Abschuppung vermuthen lassen. Meistens beobachtet man derartige Papeln im Ellbogenbuge und an der innern Fläche beider Oberschenkel. Ich sah noch kein macul. Syphilid, an Neugeborenen oder Säuglingen, ohne an einzelnen Stellen wie z. B. am Anus, an den grossen Schamlefzen, an den Mundwinkeln, oder an den Zwischenflächen der Zehen platte Schleimtuberkeln in den verschiedenen Phasen zu beobachten.

In einzelnen Fällen konnte ich Röthung und Schwellung des Zäpfchens der Mandeln und vorderen Gaumenbögen beobachten. In manchen Fällen waren diese Stellen mit einem milchig trüben Exsudat-Anfluge bedeckt. Je stärker diese Stellen und die Mundlippen ergriffen waren, desto schwieriger und schmerzhafter war das Säugen. Excavirte Geschwüre in den Tonsillen in Folge angeerbter Syphilis habe ich an Neugebornen noch nicht gesehen. Anschwellungen der Nacken-, Achsel- oder anderer Drüsenpakette ruft die Syphilis congenita bei Neugebornen und Säuglingen nicht hervor. Knochenauftreibungen sah ich ein einziges Mal bei einem sechsmonatlichen Säugling, dessen Mutter von mir während der Schwangerschaft, an *iritis* und *roseola syphilit.* behandelt wurde. Ophthalmoblennorrhoen kommen an mit Syphilis congenita behafteten Neugebornen sehr oft vor. Ich sah aber bei derartigen Kindern noch keine *Iritis syphilit.* Das macul. Syphilid verläuft bei Neugebornen, so lange nicht Erscheinungen der beginnenden Depascenz auftreten, fieberlos, während beim pustulösen Syphilid frühzeitig ein frequenterer Puls erzeugt wird, und die betreffenden Kranken viel unruhiger sind.

Ich erinnere mich keines Falles, wo ein mit *Syphilis congenita maculosa* behaftetes neugeborenes Kind genesen wäre, sie werden alle anämisch, und beschliessen unter erschöpfenden Diarrhöen und Bronchialcatarrhen nach sehr kurzer Lebensfrist, meistens nach 2—3 Wochen ihr elendes Dasein. Je heftiger der Darm- und Lungencatarrh, desto rascher erblassen die Efflorescenzen der Haut, und schrumpfen die Schleimtuberkeln an den Aperturen.

Das papulöse Syphilid.

Seltener als das macul. Syphilid beobachtete ich an Neugebornen das papulöse Syphilid in dessen verschiedenen Metamorphosen. Stets waren es beinahe linsengrosse etwas über das Niveau der Haut erhabene platte Knötchen, welche bei ihrem Entstehen dunkelroth gefärbt waren und nach längerem Bestehen die braunrothe Färbung annahmen.

Hirsekorngrosse Knötchen, sogenannte *Papulae miliares* oder *Lichen miliaris syph.* habe ich als angeborene Syphilis noch nicht gesehen.

Das papul. Syphilid kommt entweder in Verbindung mit dem macul. Syphilide oder für sich allein vor. Im ersteren Falle stehen einzelne Papeln zerstreut zwischen Roseola-Flecken, oder sie kommen enge aneinander gedrängt haufenweise an einzelnen Stellen vor, so z. B. am Gesässe und dem Perinäum bis zum After hin, an welch letzterer Stelle in diesem Falle stets flache Condylome sitzen, ferner an der innern Fläche der Oberschenkel, an der Hohl-

hand und der Fussohle. Wenn das papul. Syphilid für sich allein vorkömmt, so bilden sich die meisten Papeln nebst den angeführten Stellen, vorzüglich dort, wo die Haut straff über die Knochen geht, d. h. dort, wo keine starken Muskel-Strata sind. So z. B. an der Kreuzbeingegend, an der Schulterblattgegend, an der Stirne und im Genicke. Sie stehen entweder zerstreut oder aneinander gedrängt. In Kreisen, Ovalen oder Kreissegmenten stehende syphilitische Papeln oder Pusteln, wie sie öfters bei Erwachsenen vorkommen, habe ich bei Neugebornen oder Säuglingen niemals gesehen.

Bei Kindern, welche die Papeln nicht mit zur Welt bringen, entwickeln sich dieselben nicht zu gleicher Zeit an allen oben angeführten Parthien, daher kömmt es, dass man an einem Kinde jüngere und ältere Papeln, d. h. dunkelrothe, mit Schuppen bedeckte, und mattroth glänzende beobachten kann.

Nach einigen Tagen ihres Bestehens wird nämlich die anfangs dunkelroth gefärbte Papel mehr braunroth, und ihr Epidermidalüberzug vertrocknet und verwandelt sich in eine ziemlich fest anhaftende gelblich-weisse Schuppe. Diese stösst sich nach einigen Tagen ab, und die blossgelegte blassrothe Papel zeigt einen Glanz als wäre sie mit Gummi bestrichen und ist mit einem weisslichen Säumchen unterminirter Epidermis umgeben. An andern Papeln ergiesst sich unter der Epidermis eine durchsichtige seröse Flüssigkeit, wodurch auf der Papel eine kleine platte welke Blase erscheint, welche der Papel ein derartiges Aussehen verleiht, als hätte an dieser Stelle ein linsengrosses Miniatur-Vesicator eingewirkt. Der seröse Inhalt dieser platten, sparsam erfüllten Blasen wird nach zwei- bis dreitägigem Bestande derselben wieder resorbirt und die Epidermidaldecke in eine schmutzig gelbe Schuppe verwandelt, nach deren Abfall oder gewaltsamen Entfernung ebenfalls die Papel glänzender zu Tage tritt als zuvor.

In sehr seltenen Fällen (ich sah bloss zwei) sind die Papeln über einer grösseren Fläche so enge aneinander gedrängt, dass ihre Schuppen einen nur wenig unterbrochenen Schuppenpanzer bilden. Die meisten dieser Schuppen kamen in den zwei von mir beobachteten Fällen am Rücken, an den Seitentheilen der Brust, so wie an der Hand- und Fusssohle und zum Theil an der Stirn- und Nackengegend vor. Eines dieser Kinder war das erstgeborne Kind einer ganz gesunden Frau, deren Gatten ich kurz vor der, ohne mein Wissen eingegangenen ehelichen Verbindung an einem mit *Defluvium capillorum* auftretenden papul. Syphilide behandelt hatte. Dieses Kind verlor durch eine Ophthalmoblennorrhoe in den ersten Tagen seines elenden Daseins das linke Auge und starb, obwohl die angewendeten Sublimat-Bäder und eine vortreffliche Pflege das Hautleiden scheinbar bedeutend besserte, dennoch nach einigen Wochen.

Zieht man die Schuppen gewaltsam ab, so zeigen die darunter liegenden Stellen eine mattrothe glänzende Oberfläche, die papul. lenticuläre Form der desquamirenden Efflorescenzen ist kaum wahrzunehmen. Die von den Schuppen befreiten Stellen bluten nicht so leicht, wie dies bei der gewaltsamen Entfernung der Schuppen der *Psoriasis vulgaris* der Säuglinge*) und der Erwachsenen der Fall ist, nur an der Ferse und zum Theil an der Hohlhand entstehen bei diesem Syphilide, welches wahrscheinlich die *Ichthyosis syph.* der Autoren ist, leicht blutende bis ins Corion dringende Excoriationen und Schrunden. Die syph. Papel der Neugebornen endet so wie die der Erwachsenen, durch Desquamation und Resorption, mit Zurücklassung entsprechend grosser dunkelbraun oder bleigrau pigmentirter leicht deprimirter Flecke.

Das pustulöse Syphilid.

Viel häufiger als das papul. Syphilid beobachtete ich an Neugebornen ein pustulöses Hautleiden. Die Neugebornen bringen entweder dasselbe mit zur Welt oder es entwickelt sich an denselben innerhalb der ersten acht Lebenstage. Im letzteren Falle zeigen sich an der Stirne, namentlich in der Umgebung der Augenbrauen im Gesichte, hie und da am Kinne, dem *Gesässe*, an der Beuge und Streckseite der Extremitäten und am allermeisten an der Hohlhand uud Fusssohle linsen- bis erbsengrosse, braunrothe Flecke oder kaum über das Niveau der Haut erhabene erbsengrosse Papeln. Innerhalb 3 bis 4 Tagen umwandeln sich die meisten dieser Flecken und flacher Papeln ziemlich rasch in welke, mit gelbgrünem, dünnflüssigen Eiter spärlich erfüllte Pusteln von der Grösse einer Zuckererbse und darüber. Die Pusteln sind nicht immer vollkommen abgerundet, sondern zeigen gewöhnlich hie und da Ausbuchtungen, was durch den Zusammenfluss mehrerer kleiner nebeneinander stehenden Efflorescenzen entsteht. Besonders gilt dieses von den Pusteln der Hohlhand und der Fusssohle. Kaum dass durch den eitrigen Erguss der Epidermidalüberzug der rothen Flecke oder flachen Papeln zur Decke einer solchen Pustel aufgehoben worden, collabirt diese in ihrem Centrum und die Pustel wird tellenartig eingedrückt. Während jedoch die deprimirte Mitte der Pusteldecke zu einer dünnen Kruste vertrocknet,

*) Die Behauptung Bednař's, dass die *Psor. vulgaris* bei Säuglingen nicht angetroffen werde (Bednař's Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge, 4. Theil Seite 214) kann ich nicht unterschreiben. Ich wurde erst vor Kurzem zu einem 8monatlichen Säuglinge gerufen, bei dem vorzüglich der Rücken mit Psor. vulgaris besetzt war. Hebra, der von mir consultirt wurde, sprach sich ebenfalls für Psor. vulgaris aus.

erhebt der nach Aussen hin zuweilen fo
die anstossende Epidermis, wodurch de
Pustelwall excentrisch vergrössert wird.
in der Vertrocknung begriffenen Pusteln
sichtlich oder zufällig gewaltsam entfernt
die geröthete Cutis etwas deprimirt, so
Impetigo der Säuglinge und Erwachsene
tiefgehenden Substanzverlust. Austerns
darunter befindliche von steilen harten
schwüre, deren Grund mit mortificirtem
(speckigem Belege) überzogen ist, also I
habe ich an Neugebornen als Syph. con
wie ich auch noch niemals eine Acne sy
hanfkorngrosse, auf einem kupferroth
Pustelchen, als *Syph. congenita neonatorum*

(Fortsetzung folgt

Ueber die Anwendung der brom- und jodhältigen Soole zu Hall in Oberösterreich bei Krankheiten des kindlichen Alters.

Von

Dr. J. Netwald,

ständ. Badearzte und Baddirector zu Hall.

Die Kinderpraxis pflegt selten Gelegenheit zu bieten, Lobredner eines Mineralwassers zu werden, weil dergleichen von Kindern im Durchschnitte ungerne genommen, oder nicht vertragen wird; denn in den Fällen, wo die Cur nicht am Widerwillen der kleinen Patienten scheitert, wird sie meistentheils durch eintretende Diarrhöen unterbrochen, welche auch die nachfolgenden Versuche und daher die längere Fortsetzung des Wassergebrauches unzulässig machen.

Dr. Franz Mayr
(die Heilquellen von Korytnicza).

Die unverblümte Redensweise, welche sich in neuerer Zeit Manche, die sich als Vorkämpfer einer rationellen Therapie geriren, gegen die Badeärzte erlauben, macht es jedem derselben, der sich nicht kurzweg als Ignorant oder Charlatan will brandmarken lassen, zur unabweislichen Pflicht, sich selbst und seinen Collegen Rechenschaft von den heilkräftigen Beziehungen der einzelnen Mineralquellen, so wie anderer auf Krankheitsheilung Einfluss nehmenden Agentien seines Curorts zu geben.

Ich will nun im Folgenden die Beweise dafür liefern, dass die Jodsoole zu Hall mit vollem Rechte als Heilquelle zu betrachten und insbesondere in einer grossen Anzahl von Kinderkrankheiten mit bestem Erfolge anzuwenden sei.

Im Jahre 1853 veröffentlichte ich unter dem Titel: „Chemische Darstellung des jod- und bromhältigen Mineralwassers zu Hall bei Kremsmünster“ die Ergebnisse der in meiner damaligen Stellung als Professor der Chemie an der Linzer k. k. Oberrealschule ausgeführten Analyse des fraglichen Mineralwassers. Indem ich also bezüglich der Details auf jene Broschüre verweise, liefere ich zunächst blos eine kleine Uebersicht.

Das Haller Jodwasser enthält

Jodnatrium . . . .
Jodmagnesium . . . .
Brommagnesium . . . .
Chlornatrium . . . .
Chlorkalium . . . .
Chlorammonium . . . .
Chlorcalcium . . . .
Chlormagnesium . . . .
Phosphorsaurer Kalk . . . .
Kohlensaurer Kalk . . . .
Kohlensaure Magnesie . . . .
Kohlensaures Eisenoxydul . . . .
Kieselsaure Thonerde . . . .
Freie Kieselsäure . . . .
Organische Stoffe . . . .
Gehalt an festen Bestandtheilen . . . .
Kohlensäure theils in Bicarbonaten, theils frei

Ausserdem enthält die Haller Jodsool
minimo und kleine Mengen von Sauerstoff-

100,000 Theile unserer Soole enthalte

98440,0	Theile	Wasser	0,3
933,0	„	Chlor	577,0
6,0	„	Brom	0,1
4,0	„	Jod	17,0
19,0	„	Kohlensäure	11,0
1,0	„	Kieselsäure	0,7
0,2	„	Phosphorsäure	0,2

Ich weiss wohl, dass gar Viele, welc
kalium umzuspringen pflegen, auf ein Mine
und Bromgehalt zusammengenommen nur
Theil des Ganzen beträgt, mit mitleidsvolle
allein ich wünschte es kämen derlei Zwei
der Saison hieher, um sich durch Anschauun
verschaffen, dass es keiner massenhaften Do
lang bestehende Leiden im Laufe einer oder
sechswöchentlichen Bade- und Trinkcuren z

Ich habe mich in einem Vortrage, den
medizinischen Doctoren-Collegiums zu Wie
hielt (er wurde abgedruckt in der Beilage zu
schen Zeitschrift für praktische Heilkunde 18
erklärt, dass das Jod und Brom unserer n
nicht als Kali- oder Natronsalze, sonder

zersetzbarer Verbindungen mit Magnesium zugegen sei, und dass beim Gebrauche der mit Jodsoole versetzten Bäder bei ... genannten Halogene im Momente ihres Freiwerdens in Gasform sowohl durch die Haut als durch den Athmungsprocess leicht in den Organismus der Badenden eindringen können. — Auf die innerliche Anwendung komme ich später.

Kletzinsky's „Lutronomische Experimente", welche in Nr. 28 und 29 der Wiener medizinischen Wochenschrift 1853 erschienen waren, drohten bekanntlich den Bädern mit Verdammung; denn es hiess in jenem Aufsatze zuerst: „Mit Staunen sieht man Arzneibäder verordnen und anwenden, Bäder zufolge eines Jod- und Bromgehalts in Gebrauch ziehen, ohne sich auch nur darüber Rechenschaft geben zu können, ob denn das reine Wasser, die resorptionsfähigste Substanz der Welt, geschweige erst jene Arzneimittel von der Haut aufgenommen oder resorbirt werden", und weiter hiess es: „das Bad ist somit nicht ein geeignetes Vehikel, Arzneistoffe in den Körper zu führen . . ."

So sehr auch diese Behauptung mit den Beobachtungen anderer Experimentatoren im Widerspruche stand, ward sie doch von Vielen ganz einfach als Glaubensartikel hingenommen.

Um so mehr ist es also zu bedauern, dass ein zweiter Aufsatz Kletzinsky's: „Ueber das Diffusions-Vermögen der Haut. Ein Nachtrag meiner lutronomischen Experimente" (abgedruckt in Nr. 21 des Wochenblatts zur Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1855) bei weitem nicht die ihm gebührende Würdigung fand.

Nachdem Kletzinsky darin nämlich positiv nachwies, dass weder vollkommen neutrale noch mit Kaliüberschuss versehene Jodkaliumlösung die Haut durchdringe, wohl aber eine mit freiem Jod versetzte, sagt er: „Durch diese Versuchsreihe glaube ich berechtigt zu sein, der Haut (Oberhaut, Epidermis) eben so sehr ein kräftiges Diffusionsvermögen zu-, als alles und jedes Resorptionsvermögen abzusprechen. Alles, was bei der gegebenen Hauttemperatur verdampfen, sich vergasen, elastisch flüssig werden kann, tritt ohne Hindernisse auf dem Wege der Diffusion in den Organismus ein an die Schwelle der Circulation, die es rasch weiter führt. So wird uns die Wirkung der Schmiercuren begreiflich und Eine Componente der Wirkung der Heilbäder ist gerettet. — Die Bäder dürften aber speziell noch dadurch eine höhere therapeutische Dignität behaupten, dass es nicht unwahrscheinlich ist, dass eine Hautflächeneinheit, mit verschiedenen chemischen Stoffen (Reizmitteln) behandelt (die sie weder als flüssige resorbirt, noch als nicht gasige diffundiren lässt), sehr verschiedene Mengen Kohlensäure aus- und Oxygen einhauche. Mit der experimentalen Ventilation dieser Frage bin ich

eben jetzt beschäftigt, und ich werde seiner Zeit die etwaigen Resultate mittheilen. Einstweilen darf ich nur so viel sagen: Das „Quantum“ und „Quale“ einer und derselben Hautparzelle variirt messbar und bestimmbar, je nachdem dieselbe vor dem Versuche in Contact mit Alkalien oder mit Säuren war, ohne dass sie jedoch einen dieser Körper resorbirte oder diffundirte.“

Meines Wissens sind hierüber noch keine Mittheilungen erfolgt. Um so mehr halte ich es für gerathen, auf Gerlach's Beobachtungen über das Hautathmen (in Müller's Archiv für Anatomie und Physiologie 1851, 5. Heft) hinzuweisen, welcher sagt: „Schon längst hat man gefunden, dass an der Hautoberfläche Kohlensäure ausgehaucht wird; hingegen war bisher die Aufnahme von Sauerstoff aus der atmosphärischen Luft noch nicht beobachtet worden. Sie beruht auf der grossen Verwandtschaft des Oxygens zum Blute und dem Bestreben der Kohlensäure vom Blute wenigstens zu einem gewissen Grade zu entweichen. Diese sich gegenüberstehenden Bestrebungen bedingen nicht nur das Athmen der Lungen, sondern auch, dass jeder blutführende Körpertheil athmen kann, sobald atmosphärische Luft mit ihm in Berührung kömmt. (Dass dieses Verhalten beider Gase zum Blute selbst dann fortbesteht, wenn letzteres nicht mehr in den Gefässen kreist, zeigt sich bei dem aus der Ader gelassenen Blute; doch prävalirt hiebei das Entweichen der Kohlensäure vor der Oxygen-Aufnahme). Das unaufhörliche Bestreben des Sauerstoffs an das Blut zu treten, entspricht der grossen Unentbehrlichkeit desselben für den thierischen Organismus. Das Hautathmen hängt ab von der Quantität des in die oberflächlichsten Capillaren strömenden Blutes und von der Schnelligkeit des Strömens, indem das Hautathmen bei Turgescenz und Blutreichthum der Haut bedeutend stärker ist als unter entgegengesetzten Umständen. . . . Höhere Temperatur vermindert das Athmen und ganz besonders die Kohlensäure-Ausscheidung in den Lungen, vermehrt sie hingegen in der Haut, während niedere Temperatur die umgekehrte Wirkung äussert.“

Die Wirkung von Mineralwasserbädern bei der Temperatur von 26—29° R. (= 32, 50 — 36, 25° C.) ist offenbar eine zusammengesetzte. Als ersten Factor können wir zuversichtlich die Einwirkung höherer Temperatur auf das peripherische Gefäss- und Nervensystem betrachten. Werden nun Bäder im Allgemeinen erfahrungsgemäss als Mittel zur Beschleunigung und Förderung des Stoffwechsels bezeichnet, so gilt dies um so mehr bei Kindern wegen der Zartheit ihres Hautorgans, dessen regeres Leben im Kindesalter sich bekanntlich durch weit reichlichere Secretion und durch die auffallende Neigung zu Exanthemen zu erkennen gibt.

Als zweiten Factor betrachte ich die Aufnahme des bei der

Temperatur von mehr als 30° C. freiwerdenden Broms und Jods durch die im kindlichen Alter unläugbar wegsamere Oberhaut hindurch ins Blut, gleichviel ob beide genannten Elemente nach der früher geltenden Ansicht resorbirt, nach Kletzinsky diffundirt oder nach Gerlach von der Haut eingeathmet werden.

Drittens ist mit dem halbstündigen Aufenthalte in einer brom- und jodhältigen Atmosphäre, wie selbe erweislichermassen über unserer Badeflüssigkeit schwebt, eine unwillkürliche Inhalationscur verbunden, und ich zweifle nicht, dass die von Prof. Löschner in seinen balneologischen Skizzen (Prager Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde 1857, I. Band S. 107) ausgesprochene Ansicht über die Wirkungen, der während des Badens durch Athmen in die Lunge gebrachten Gase sich bei den meisten Bädern experimentell eben so werde nachweisen lassen, wie es mir gelang, im Harne Jod qualitativ nachzuweisen, nachdem ich durch etwa 20 Minuten die Dämpfe einer auf 28° R. erwärmten Wienermass Jodsoole eingeathmet hatte.

Was viertens die Resorption des Wassers und der in demselben gelösten Stoffe durch die Haut betrifft, so wurde sie in neuester Zeit durch positive Beobachtungen dargethan.

Allerdings dürfte sie hinter den Annahmen des Prof. Ditterich, der eine unzenweise Kochsalzresorption annimmt, bedeutend zurückbleiben, allein ihr Stattfinden ist erwiesen.

Vierordt (Archiv für physiologische Heilkunde 1856, S. 575) hat „Ueber die Wasserresorption der allgemeinen Bedeckungen" zahlreiche Versuche ausgeführt und dabei beobachtet, dass in einer Stunde in einem die Körperwärme (37,0—37,5° C) übersteigenden Wasserbade wohl über 200 Gramme Wasser aufgenommen werden können. „Gerade in der Epidermis-Imbibition (welche in sehr warmem Wasser besonders auffallend ist, indem die Epidermis aufquillt, weiss und runzlich wird) liegt einer der wichtigsten therapeutischen Effecte der Bäder, deren Hauptwirkungen vorzugsweise in den Nachwirkungen zu suchen sind, namentlich in der durch die veränderte Epidermis modificirten Perspiration."

Von höchstem Interesse für jeden Arzt sind ferners die Mittheilungen über die Erfolge von 21 physiologischen Versuchen, welche Dr. Seiche (Medizinischer Jahresbericht der Thermalquellen von Teplitz-Schönau, 1856, I. Heft) im Gürtlerbade an Männern von 20—48 Jahren anstellte. In Bädern von 28 — 32° stellte sich in einigen Fällen bis zu 15, in andern bis zu 30 Minuten Badedauer eine Zunahme des Körpergewichts, im Minimum von 1 Unze, im Maximum von 6 Unzen heraus. Bei Bädern über 32°, so wie bei Nachmittags genommenen Bädern ergab sich

bei einer Wägung nach 15 Minuten Badedauer keine Gewichtszunahme. Allein über diese Badedauer hinaus tritt Gewichtsabnahme und zwar um so rascher und um so bedeutender ein, je heisser das Bad war.

Man sieht hieraus, dass die Frage über Resorption oder Nichtresorption einer bei weitem eindringlicheren Untersuchung bedürfe als es bisher geschah!

Das Bad als Reinigungsmittel wird bei Kindern im ersten Lebensjahre bei civilisirten Völkern und Ständen regelmässig angewendet, und es ist sonderbar, dass man während des übrigen kindlichen Lebens unverhältnissmässig selten die Hautpflege übt. Dass man aber mit Jodsoole versetzte Bäder selbst im zarten Kindesalter mit bestem Erfolge anwenden könne, davon habe ich mich in wiederholten Fällen hier überzeugt, und so eben bietet sich mir hiezu Gelegenheit bei einem fünfthalb Monate alten Knaben, dessen drei ältere Geschwister mehr minder skrofulös sind.

Ich gehe nun zur Besprechung der innerlichen Anwendung des Jodwassers über. Unsere Jodsoole wirkt nur in grossen Gaben abführend, allein erwachsene Patienten, welche sich auf eigene Faust — denn ordinirt werden stets nur mässige Dosen — ein übergrosses Quantum derselben zu trinken erlauben, werden durch Magenbeschwerden gar bald gewahr, dass sie als Abführmittel nichts tauge. Allein die Jodsoole darf, wenn die Jodwirkung erzielt werden soll, nicht einmal in abführender Menge gereicht werden. Schon Falck (Oesterlein's Jahrb. f. prakt. Heilk. 1846. 6. Heft) beobachtete bei lange anhaltendem Jodkaliumgebrauche ausschliessend dann, wenn Purgiermittel oder andere Umstände Diarrhöe erzeugt hatten, Jod in den Fäcalstoffen, während es dann im Urin, dem Hauptzeugen des modificirten Stoffwechsels, fehlte. Und Claude Bernard, dessen Untersuchungen „Ueber Wahlausscheidung gewisser Substanzen durch die Secretionen, namentlich durch den Speichel" (Arch. gén. Auszugsweise in der Prager Vierteljahrsschrift 1855. II. Band. Anal. S. 5) höchst instructiv sind, bemerkt, dass abführende Salze die Ausscheidung des Jods so sehr beschleunigen, dass es schon nach einigen Tagen in keinem Secrete mehr nachzuweisen war, während er es sonst noch nach Verlauf von drei Wochen im Speichel und Magensafte fand.

Hier ist wohl nicht der Ort, um die Krankheiten, gegen welche der Jodsoolengebrauch angezeigt ist, ausführlich zu erörtern, nur der Skrofulose will ich hier mit einigen Worten besonders gedenken.

Keinem Zweifel unterliegt es, dass unter ganz gleichen Lebensverhältnissen manche Kinder von der Skrofulose befreit bleiben, andere von ihr befallen werden, dass also, wenn auch nicht die Skrofulose selbst, so doch die Anlage zur selben eine ererbte sei.

Ob nun bereits die Blutcrase eines solchen Neugebornen eine fehlerhafte, oder ob bloss die aneignenden Organe, namentlich das im Kindesalter vorzugsweise häufig ergriffene Lymphgefäss- und Drüsensystem von der Norm abweichend gebildet sei, steht in Frage; ausser Zweifel ist nämlich, dass das Leiden sich rascher entwickele, wenn dem regeren Bedürfnisse nach Stoffzufuhr durch schlechtbeschaffene Nahrungsmittel genügt werden soll und dass andererseits die sorgfältigste Normirung einer dem betreffenden Lebensalter entsprechenden Diät dem Blute einen so fehlerhaften Chylus einverleibt, dass ein Ueberschuss von Eiweiss eintritt, welches sich auf die geringste Veranlassung hin in den Lymphdrüsen absetzt. Ich pflichte also in dieser Beziehung ganz der von Küttner ausgesprochenen Ansicht bei, wenn er sagt: „Hier ist es nicht die secretionbefördernde und ausleerende Kraft des Mineralwassers, von welcher ein wesentlicher Erfolg erwartet werden kann, vielmehr muss die Absicht der Cur hauptsächlich darauf gerichtet sein, mit Hilfe des Mineralwassers den Assimilationsprozess zu heben, zu bethätigen und in seinen Producten zu verbessern, — — indem dasselbe nicht bloss die Mischung des Chylus direct verbessert und so allmälig eine Umwandlung der gesammten Blutmasse herbeiführt, sondern auch die assimilirenden Organe kräftig anzuregen und in ihrer Function zu stützen vermag. Derlei Mineralwässer wirken demnach hier mehr in alimentärer Form und müssen meist auch längere Zeit hindurch fortgebraucht werden."

Alljährlich stellt die Kinderwelt ein grosses Contingent unserer Curbevölkerung und eine der erfreulichsten Wahrnehmungen für die begleitenden Mütter ist in der Regel der bald sich einstellende Appetit, sowie die bessere Verdauung bei den kleinen Patienten. Leider pflegt falsche Mutterliebe, welche den Kindern jegliche Wünsche zu erfüllen eilt, also auch in Betreff des Naschwerks so nachgiebig ist, das wieder zu verderben, was das Mineralwasser kaum gut gemacht hat; darum stellen sich die Curresultate bei den der Obhut der barmherzigen Schwestern anvertrauten Pfleglingen des Elisabeth-Kinder-Hospitals allhier im Allgemeinen bei weitem glänzender heraus als in der übrigen badeärztlichen Praxis.

Ausser der Skrofulose sind Rhachitis und angeborne Syphilis der Kinder Objecte für Hall.

Unsere Jodsoole wird in den meisten Fällen innerlich sowohl als äusserlich benützt und zwar dient sie in letzterer Hinsicht zu Bähungen, als Mundwasser, zu Einspritzungen in die Ohren, als Schnupfwasser, als Zusatz zu Voll-, Halb-, Sitz-, Hand- oder Fussbädern, zu Klystieren, zu Einspritzungen in die Scheide u. s. w.

Ich lasse Kindern von $1/2$—$1 1/2$ Jahr innerlich täglich 2—4 Esslöffel voll, solchen von $1 1/2$—3 Jahren 3—6 Esslöffel voll, jenen von 3—6 Jahren 4—8 Esslöffel voll Soole im Laufe des

Tages verabreichen. Kinder von 6—10 Jahren steigen allmälig von $^1/_{12}$ auf $^1/_3$ Seitel. Selbst bei Erwachsenen verordne ich aber als höchste nur durch einige Tage zu gewährende Gabe ein halbes Seitel, etwas mehr als fünf Unzen.

Was die Bäder betrifft, so bekommen durchschnittlich

2— 4jähr. Kinder	2— 5	Mass Soole	auf	$^3/_4$ —$1^1/_4$	E. Süsswasser.
5— 7 „	3— 8	„	„	1 —$1^1/_2$	„
8—10 „	4—12	„	„	2 —$2^1/_2$	„
11 16 „	5—18	„	„	$2^1/_2$—3	„

Kindern unter einem Jahre gestatte ich nur an jedem zweiten Tage $^1/_2$—1 Mass Jodwasser auf $^3/_4$ Eimer Süsswasser. Stets wird das Süsswasser erwärmt und die Soole unmittelbar vor dem Bade hinzugeschüttet.

Aus meinen zahlreichen Beobachtungen während der letzten drei Sommer hebe ich nur drei Krankheitsgeschichten hervor:

H. P., $1^1/_2$ Jahr alt, dessen ältere Geschwister ebenfalls mehr weniger skrofulös sind, war bis zum Zahndurchbruche gesund, da traten die ersten Spuren der Skrofelsucht auf, indem zuerst an der rechten Schulter, hierauf in der linken Handfläche und dann am rechten Schenkelbuge Lymphabscesse entstanden, so dass der höchst erfahrene Hausarzt das Eintreten freiwilligen Hinkens befürchtete. Neben verschiedenen innerlichen Mitteln bekam der kleine Patient zu Hause lauwarme Bäder mit Jodsoolenzusatz, deren Wirkung die anfangs gegen eine Badereise eingenommenen Eltern des Knaben andern Sinnes werden liess. Ich erfuhr nun bei der Ankunft des Kindes, dass es seit zwei Monaten an Appetitlosigkeit und Erbrechen litt; Abmagerung und Entkräftigung waren so weit vorgeschritten, dass sich der Kleine weder im Bette noch auf dem Arme der Wärterin aufrecht sitzend halten konnte. Aus dem seit 8 Tagen offenen Abscesse im Schenkelbuge floss lymphartiger Eiter, die rechte Hinterbacke war stark geschwollen, der Fuss erschien um $^1/_2$ Zoll kürzer, der Stuhl unregelmässig. Ich empfahl, das Kind, soweit es die Witterung zuliess, unter Tag grösstentheils in freier Luft zu lassen. In den ersten 10 Tagen wurde nur an jedem zweiten Tage ein Bad mit 1—4 Mass Jodsoole auf $1^1/_2$ Eimer Süsswasser von 28° R. und innerlich 4 Mal des Tages 1 Esslöffel voll Jodsoole gegeben. Da der Knabe sich zusehends erholte, wurden ihm, blos mit Unterbrechung je am vierten Tage, noch 28 Bäder verabreicht, unter deren Gebrauch der Abscess sich schloss, die Geschwulst der Hinterbacke verschwand, der Fuss dem andern gleich ward, Appetit und Stuhlentleerung sich regelten und der Kleine so kräftig wurde, dass er stundenlang sitzen konnte.

Ich sah ihn in der darauffolgendeu Saison wieder, Er konnte ganz sicher gehen und zeigte ausser Geneigtheit zum Schnupfen kein anderes Symptom der Skrofulose.

N. N., ein einjähriger Knabe zeigte schon in den ersten Lebenstagen Symptome der Syphilis, an welcher sowohl dessen Vater als Mutter litten. *Ich* fand mehrere halbverschrumpfte Condylome am After, kupferbraune Flecken an einzelnen Hautstellen, Kahlköpfigkeit, hartnäckigen Schnupfen und Heiserkeit, endlich an den magern Füssen des blutarmen Kindes thalergrosse Hautgeschwüre. Ich liess dem Kinde täglich ein Kleienbad, anfangs nur an jedem zweiten Tage mit Zusatz von 1 Mass Soole und innerlich durch 10 Tage täglich 1 Gran *Merc. solub. Hahnem.* geben. Die Condylome wurden mit Jodglycerin betupft, auf die Hautwunden in Jodwasser getränkte Compressen aufgelegt. Von der dritten Woche angefangen bekam das Kind täglich ein Bad mit 2—4 Mass Jodsoole. Bald begann das altaussehende Antlitz sich zu verjüngen, die Condylome verschwanden, die Haut ward reiner und nach 9wöchentlichem Aufenthalte, während welchem 48 Jodbäder und innerlich 4 Mal des Tages 1—2 Kaffeelöffel voll Jodsoole gebraucht wurden, hatte sich die Ernährung des Kindes so gehoben, dass die Mutter ihr Kind kaum wieder erkannte. Zur Nahrung bekam das Kind Milch und Kalbfleischbrühe mit etwas Weissbrot.

C. H., $2^1/_2$ Jahre alt, trägt auffallend die Zeichen der Rhachitis zur Schau. Der unförmliche Kopf, die weichen Fontanellen, die gekrümmte Wirbelsäule, die Säbelbeine, das ältliche Antlitz blieben trotz mannigfaltiger Arzneien unverändert. Der Knabe bekam im Laufe von 3 Monaten 52 Bäder mit 2—5 Mass Soole, innerlich täglich 2—6 Esslöffel voll Jodwasser und wöchentlich 3 Mal 1 Kaffeelöffel voll gepulverter Krebsaugen. Am Schlusse der dreimonatlichen Behandlung konnte der Knabe auf den Füssen stehen und nach weiteren 4 Monaten gehen. Durch Liegen auf einer möglichst fest gehefteten Matratze hat sich die gewölbte Wirbelsäule beinahe zur normalen Form zurückgebildet und die Ernährung so wie die geistigen Anlagen und Sprache höchst erfreulich entwickelt.

Da es leider oft die Verhältnisse der kranken Kinder oder vielmehr ihrer Eltern nicht gestatten, an der Quelle selbst Hilfe zu suchen, wird das Jodwasser von Hall auch in Flaschen versendet. Alle Flaschen ohne Unterschied der Grösse, werden an einer und derselben Quelle mit gleicher Sorgfalt gefüllt, die Flaschen in gleicher Weise verkorkt, verpicht und verkapselt. Die Flaschenpreise sind auf das Billigste berechnet, nämlich:

	mit	7 kr.	C. M.	für eine	Seitelflasche,
	„	10	„	„ „	Halbmassflasche,
und	„	15	„	„ „	Massflasche.

Diese Preise werden nicht bloss zu Hall selbst, sondern bei Abnahme von Kisten zu 25, 50 oder 100 Flaschen auch im Hauptdepôt von F. M. von Haselmayr's Erben in Linz, von wo aus die Weitersendung viel rascher geschieht, gestellt. Versendung in Ge-

bünden darf nur über eine vom hohen o. d. e. vereinigten Landes-Collegium zu Linz erwirkte Genehmigung zum Preise von 5 fl. 30 kr. CM. pr. Wiener Eimer zu 40 Mass geschehen.

Oeffentliche Kranken- und Humanitätsanstalten des Kaiserstaats, welche für ihre Pfleglinge Haller Jodsoole unentgeltlich zu erhalten wünschen, brauchen nur ein darauf bezügliches Gesuch an die eben erwähnte Behörde zu richten, worauf ihnen das erbetene Quantum Flaschen, in Kisten verpackt, beim Hauptdepôt zu Linz kostenfrei angewiesen wird. Ja die löbl. Directionen der Budweis-Gmundner-Eisenbahn und der ersten k. k. priv. Donau-Dampfschifffahrts-Gesellschaft haben sich herbeigelassen, solche für wohlthätige Institute bestimmte Jodwasserkisten unentgeltlich zu befördern.

Was nun die Wirkungen des versendeten Jodwassers betrifft, so wurden demselben ohne geringstes Zuthun der hohen Herren Stände — als Nutzniesser der ihres Salzgehaltes wegen dem h. Finanzärar gehörenden Soolquellen — oder der Badedirection die günstigsten Zeugnisse ausgestellt.

Dr. Joachim, emer. k. k. Physikus zu Pest äusserte sich darüber sehr anerkennend in der balneologischen Zeitung II. Band, Nr. 17. Eben so der höchst verdienstvolle Gründer des Franz Joseph-Kinderspitals Professor Dr. Löschner zu Prag, welcher unsere Jodsoole an Kindern bei den grellsten Formen der Unterleibs-, Haut- und Drüsenskrofulose, ferners der Rhachitis, wenn sie auch schon lange dauerte und hochgradige Anschwellung, ja sogar theilweise Verknöcherung der Epiphysenschwellungen zugegen war, bei chronischen Exanthemen skrofulöser Kinder, endlich bei Syphilis im Kindesalter mit so glänzendem Erfolge anwendete, dass er (in seinen balneologischen Skizzen in der Prager Vierteljahrsschrift 1857, I. Band, S. 117) darüber sagt: „Ich kenne bis jetzt kein jodhaltiges Mineralwasser, welches so mächtig und in so rascher Weise seine Wirkungen auf den Organismus äussert als das obengenannte und zwar beim innerlichen, wie beim äusserlichen Gebrauche, weshalb ich gestützt auf meine zahlreichen, in dieser Richtung gemachten Erfahrungen der Ansicht Derjenigen vollkommen beipflichten muss, welche die Einverleibung der in demselben enthaltenen Stoffe vertheidigen."

In der Sitzung der pharmacologischen Section der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien (Wochenblatt zur Zeitschrift derselben 1857, Nr. 2) sprach Hr. Prof. Dr. Mauthner Ritter von Mauthstein, — dessen rastlosem Streben das St. Annen-Kinderspital zu Wien sein Entstehen und seine herrliche Entwicklung verdankt — über seine während der letzten Jahre im genannten Kinderspitale gesammelten Erfahrungen bezüglich der Wirksamkeit unseres versendeten Jodwassers. Besonders heilsame, mitunter

sehr überraschende Resultate sah er in zahlreichen Fällen von Knochen-, Drüsen- und Schleimhautskrofulose, dann erwähnte er der im Sommer 1856 im Filialkinderspitale zu Baden bei Gonarthrocacen und Coxarthrocacen beobachteten Ergebnisse in Fällen, wo der innere Gebrauch unserer Soole gleichzeitig mit der Anwendung der Badner Schwefelthermen war verbunden worden. Das Jodwasser ward den Kindern zu 2—3 Unzen täglich gereicht und im Durchschnitte gut vertragen, erregte kein Erbrechen, störte nicht den Appetit; nur zuweilen machte eine eintretende Diarrhöe ein zeitweiliges Aussetzen des Jodwassers nothwendig; die Kinder nehmen es nicht ungern, sondern oft lieber als Leberthran; bemerkbar war die diuretische Wirkung dieses Mineralwassers; es wurde auch äusserlich in Gestalt von Fomenten bei Struma und Drüsentumoren mit Vortheil angewendet.

Zwar nicht aus der Feder eines Arztes, aber aus der des leider zu früh verblichenen Directors des Privat-Blindeninstituts zu Linz, Herrn Reisinger, flossen folgende Worte: „Bekanntlich ist die Skrofelsucht eine der häufigsten Ursachen der Blindheit und ich kann nachweisen, dass mehr als zwei Drittheile meiner Zöglinge skrofulös sind und diesem Uebel ihre Blindheit zuzuschreiben haben. Es lässt sich zwar leicht denken, wie wohlthätig sich der Gebrauch des von den h. Herren Ständen gespendeten Haller Jodwassers äusserte, allein ich muss offen bekennen, dass ich in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand meiner Pflegebefohlenen bisher noch nie ein so günstiges Jahr wie das heurige hatte, indem skrofulöse Augenentzündungen, Drüsen-Anschwellungen u. s. w. gänzlich ausblieben, während diese Leiden in früheren Jahren bei den Zöglingen an der Tagesordnung waren.“

Ich glaube in dem Gesagten den Beweis dafür geliefert zu haben, dass sich unsere Soole sowohl zur Trink- als zur Badecur bei kranken Kindern eigne, bei welchen es sich um eine Förderung des Stoffwechsels wegen Vorherrschen des Eiweisses im Blute handelt und ich berufe mich schliesslich noch auf das Zeugniss des Hr. Medicinalrathes Dr. Schneller's in Wien, welcher (in der österr. Zeitschr. f. Kinderheilkunde 1857) offen sagt: „Sowohl was die Heilkräftigkeit des Wassers als was die reizende Lage des Ortes, so wie die Zweckmässigkeit der Einrichtungen insbesondere auch für Kranke des kindlichen Alters betrifft, steht Hall in Oberösterreich obenan unter den an Brom und Jod reichen Mineralwässern.“

Eine merkwürdige Bildungs-Anomalie des Herzens mit einem angebornen Hirnbruche.

(Bei einem siebenmonatlichen Frühgebornen.)

Mitgetheilt von Professor Dr. **Clar**, in Graz.

Am 20. Jänner 1857 wurde mir durch die Güte des Herrn Prof. der Geburtshilfe Dr. Götz und seines Assistenten Herrn Dr. Fürntratt ein am 17. Jänner 1857 frühgebornes weibliches Kind zur Demonstration in den Vorlesungen über Kinderkrankheiten zugemittelt, dessen kurze Beschreibung ich hiermit weiter unten folgen lasse.

Fig. I. (Vordere Ansicht.) Fig. II. (Hintere Ansicht.)

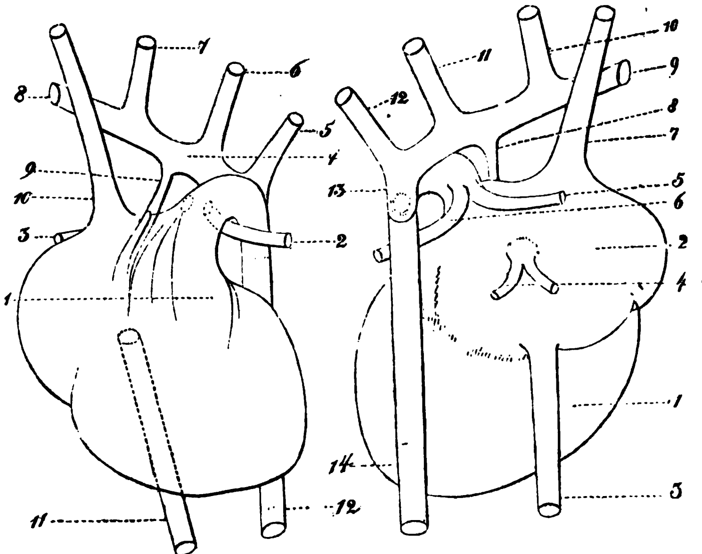


Fig. I. 1. Die grosse *art. pulmonalis communis*, 2. *art. pulm. sinistra*, 3. *art. pulm. dextra*, 4. der grosse *truncus anonymus*, 5. *art. subclavia sinistra*, 6. *carotis sinistra*, 7. *carotis dextra*, 8. *art. subclavia dextra*, 9. die unvollkommene Aorta, 10. die obere Hohlvene, 11. die untere Hohlvene, 12. die *Aorta descendens*.

Fig. II. 1. Die Herzkammer, 2. die Vorkammer, 3. die untere Hohlader, 4. die zwei unvollkommenen Lungenvenen, 5. u. 6. die *art. pulm. dextra* und *sinistra*, 7. die obere Hohlader, 8. die unvollkommene Aorta, 9. die *a. subclavia dextra*, 10. *carotis dextra*, 11. *carotis sinistra*, 12. *a. subclavia sinistra*, 13. der grosse *truncus anonymus*, 14. die *aorta descendens*.

Die Mutter, ein gesundes kräftiges Landmädchen, 24 Jahre alt, hatte zum zweiten Male geboren.

Die Schwangerschaft war durch 7 Monate normal verlaufen. Die Geburt war eine leichte Fussgeburt gewesen.

Während der Geburt hatte das Kind Bewegungen der Extremitäten gezeigt, war aber noch während der Geburt abgestorben.

Die Section ergab folgendes Resultat:

A. Aeussere Besichtigung.

Der Körper beiläufig von der Grösse eines 7monatlichen frühgebornen, ziemlich gut genährt; der Kopf um mehr als das 3fache grösser, sehr weich, deutlich fluctuirend, in seiner Mitte von der Stirnglatze, in der Richtung der Pfeilnaht und durch die Schuppe des Hinterhauptbeines hindurch bis zum normal geschlossenen Ringe des Hinterhauptloches schon von aussen eine weite Spaltung fühlbar, durch welche die Weichtheile der Schädelhöhle nur von den allgemeinen Decken überkleidet blasenartig und deutlich fluctuirend hervorragten, so dass namentlich in der Hinterhauptgegend ein mehr als mannsfaust grosser Sack sichtbar wurde und über den Nacken hinab hing.

Die Gesichtsbildung im Ganzen normal, nur war der äussere Gehörgang sehr enge, ebenso die Augenspalte klein, auch die mit einer verhältnissmässig grossen trüben *cornea* versehenen Bulbi ebenfalls klein. Die Lippen und Mundhöhle zeigten nichts Abnormes.

Der Hals kurz, der Thorax verhältnissmässig normal, ebenso der Unterleib, der Nabel mit dem noch frischen Nabelschnurreste versehen.

Die Extremitäten kurz. Die rechte Hand mit einem rudimentären weiter nach rückwärts stehenden Daumen und 4 normal gebildeten Fingern, die linke Hand nur mit 4 normal gebildeten Fingern ohne Daumen besetzt. — An den unteren Extremitäten ausser der schon erwähnten Kürze nichts Abnormes bemerkbar.

Die Länge des ganzen Körpers betrug (nach der Messung und gefälligen Mittheilung des Herrn geburtshilflichen Assistenten Dr. Fürntratt, welcher dieser abnorm gebildeten Frucht noch von geburtshilflicher Seite einige Worte widmen wird) 17", wovon auf

den Kopf sammt Hals 6" 3'''
auf den Rumpf 5" 6'''
und auf die unteren Extremitäten 5" 3'''
17" entfielen.

Der Kopf mass im queren Durchmesser 2" 6''', im senkrechten 5", im geraden 7" und im schrägen 8".

Das Gewicht des ganzen Kindes war 4¼ Pfund (Handelsgewicht), wovon der Kopf allein 2 Pfund 23 Loth und der Rumpf 1 Pfund 17 Loth wog.

B. *Innere Untersuchung.*

Nach vorsichtiger Eröffnung der Schädelhöhle (durch einen Längenschnitt von vorn nach rückwärts) floss aus den zu zwei grossen Wasserblasen ausgedehnten und gegen die hintere Peripherie zu nur von einer sehr dünnen, durchsichtigen, bei leiser Berührung zerreissenden Hirnmarkschichte umschlossenen Seitenkammern gegen 1 Pfund eines fast wasserklaren Serums ab.

Die innern Hirnhäute blass und blutarm. — Beide Ventrikel durch eine weite Oeffnung communicirend, ihre Wandungen namentlich an der Basis derselben und nach dem Verlaufe der sehr ausgedehnten Hörner platt und unverletzt, die Seh- und Streifenhügel sichtbar aber klein, die Hirnsubstanz blass und weich, stark von Serum durchfeuchtet.

Sämmtliche Nerven an der Schädelbasis nachweisbar, aber dünn, weich und leicht zerreisslich. Die Schädelgruben näher aneinander gerückt, besonders die mittleren enge und tief. Die mangelhaften Seitenwandbeine mit der entsprechenden Stirnbeinhälfte und der Schuppe des Schläfebeins fest und mit der getheilten Schuppe des Hinterhauptbeines locker verbunden. Der Ring des Hinterhauptloches geschlossen, aber die Spaltung der Hinterhaupt-Schuppe bis an denselben hinabreichend.

Die Schilddrüse klein und mässig blutreich. In der Luftröhre blassröthlicher Schleim ohne Luftblasen.

Beide Lungen in den Thorax zurückgesunken, luftleer, atelectatisch.

Das Herz von normaler Grösse, die Kammer- und Vorkammer-Scheidewand fehlend, zwischen der Kammer und Vorkammer eine grosse mehrzipflige Atrio-Ventricular-Klappe angebracht.

Aus der Herzkammer nach vorne und oben, an der Stelle, wo die *arteria pulmonalis* aus dem Herzen hervor zu treten pflegt, ein grosser, verhältnissmässig weiterer Arterienstamm hervorgehend, sich in einem grossen Bogen nach oben, links und so fort an der Wirbelsäule nach unten wendend; aus diesem Bogen ging ein grosser Ast nach rechts ab (als gemeinschaftliche *A. anonyma* für den Kopf, und die oberen Extremitäten), und sandte die grossen Kopf- und Schlüsselbein-Arterien nach den entsprechenden Theilen, an der grössten Concavität dieses Bogens waren aber auch zwei andere grosse Arterienstämme sichtbar, welche je zu einer Lunge verliefen.

Unter dem genannten Hauptstamme (der als Aorta fungirenden art. pumonalis) und zwar zunächst unter seinem Austritte aus dem Herzen ein dünner etwas mehr als Zwirnsfaden starker rudimentärer Arterienstrang zwischen dem Herzen und dem erwähnten grossen nach rechts abgehenden Arterienaste (der erwähnten *art. anonyma communis*, aus welcher die sämmtlichen Kopf- und Schlüsselbein-Schlagadern entsprangen) in der Weise ausgespannt, dass er oben mit einem deutlichen, nur für eine Borste durchgängigen Lumen gegenüber der Ursprungstelle der *carotis sinistra* beginnend etwa 3½‴ lang und allmählig enger und dünner werdend nach abwärts verlaufend als rudim. Aorta in das Herzfleisch sich einsenkte, und durch dasselbe bis fast an das Endocardium sich blind endigend fortsetzte.

In den Vorhof mündeten die obere und untere Hohlader und 2 sehr zarte und dünne Lungenvenen.

Die Ernährungsgefässe des Herzens boten ebenfalls nichts Abnormes.

Die Organe der Bauch- und Beckenhöhle gleichfalls normal und der Grösse des Kindes entsprechend.

Die Wirbelsäule normal gebildet, vollkommen geschlossen.

Aus dieser Untersuchung ergab sich somit, dass hier eine Hemmungsbildung als Schädelspalte (Schistocephalus) mit einem Hirnwasserbruche (Hydrenkephalokele) durch das Hinterhaupt und ein mangelhaftes Herz, dem Herzen der Fische ähnlich, mit nur einer Kammer und einer Vorkammer, einer rudimentären Aorta und einer weiten den ganzen arteriösen Kreislauf besorgenden Lungenarterie vorlag, während der venöse Kreislauf normal beschaffen war, woraus sich die Consequenzen für die Sanguification und Circulation von selbst ergeben.

Analecten.

Verschiedene Zusammensetzung der Milch zu verschiedenen Tageszeiten (Bödeker in Henle's Zeitschrift für ration. Med. Bd. 6, H. 2). Die Analysen, welche zu diesem Zwecke gemacht wurden, ergaben folgende Resultate: 1. Der Gehalt der Milch an Fett steigt, von der Morgenmilch ausgehend, in der Mittagsmilch auf $^5/_9$ bis $1^1/_2$, in der Abendmilch sogar auf das Doppelte. Ein Verhältniss, das nicht nur theoretisch vom physiologischen Standpuncte, sondern auch praktisch in diätetischer Beziehung wohl beachtet zu werden verdient, indem in 1 Pf. (= 16 Unzen) Morgenmilch nahezu $^3/_4$ Loth Butter als Nahrungsmittel dem Körper geboten werden, während in derselben Menge Abendmilch $1^1/_4$ Loth desselben Fettes genossen werden. 2. Mit der Zunahme des Fettes zeigt sich unverkennbar auch eine Zunahme des Caseins, wenn auch in weniger erheblicher Weise, in 16 Unzen Morgen- und Mittagsmilch beträgt das trockene Casein ziemlich genau $^3/_4$ Loth, in der Abendmilch fast $^9/_{10}$ Loth. 3. Fast genau im Verhältniss der Zunahme des Caseins nimmt das Albumin in der Milch ab. 4. Der Gehalt an Milchzucker ist nur geringen Veränderungen unterworfen. Die Zeit seines Minimums liegt in der Nachmittagszeit; er nimmt während der Nacht wenig zu, und erreicht seinen Culminationspunkt in der Vormittagszeit. 5. Sehr constant erhält sich die Menge der Salze.

Die Ernährung kleiner Kinder. Dr. Küttner macht in seinen Aphorismen (Journal für Kinderkrankheiten 1856, V. und VI. Heft) darauf aufmerksam, dass die häufige Gewohnheit, Säuglinge im Frühjahre von der Mutterbrust abzusetzen, nicht zu rechtfertigen sei, da die Milch der Kühe durch die zu dieser Zeit beginnende Grünfütterung meist eine abführende Eigenschaft erlange, daher die Zeit nach eingebrachter Ernte, wo das Vieh ausgetrieben wird, vorzuziehen sei. — Eben so wenig hält Dr. K. auf den Umstand, dass dem Kinde immer nur die Milch von einer und derselben Kuh gereicht werde, da eben durch die Mengung der Milch verschiedener Kühe die möglicherweise aus der Individualität einer einzelnen oder ihrer Milchabsonderung hervorgehenden Nachtheile ausgeglichen werden können. — Bei kleinen Kindern verdiene die Morgenmilch den Vorzug, da sie weniger Fett- und Käsestoff enthält als die Abendmilch. — Das Absieden der Milch habe nebst andern noch den Vortheil, dass, nach Elsässer, eine abgesottene Milch nicht so fest gerinnt, und daher leichter verdaulich wird. — Das Abrahmen der Kochmilch verwirft K., eben so wie das starke Verdünnen derselben, indem durch letzteres nicht nur in dem proportionalen Verhältnisse der Bestandtheile nichts geändert werde, sondern der Käsestoff in der verdünnten Milch, nach Dr. K. eigenen Versuchen, fester gerinne, als in der unverdünnten. Da unter allen Bestandtheilen der Milch das Casein

den wichtigsten Einfluss auf die Ernährung hat, aber auch die häufigste Ursache zu Indigestionserscheinungen gibt, so räth K. zur Erzweckung einer weniger festen und daher leichter verdaulichen Gerinnung des Käsestoffs, der Milch Pulv. gumm. arab. (½ Kaffeelöffel voll auf die Tasse Milch) zuzusetzen, welches in diesem Falle auf mechanische Weise die festere Gerinnung verhindert. — Zur Versüssung der Milch räth K. den Zusatz von Milchzucker, und um dessen Süssigkeit zu erhöhen, eine ganz unbedeutende Beimengung von Kochsalz an.

Die Absonderung und Zusammensetzung der Milch bei Neugebornen beiderlei Geschlechtes (Ad. Gubler, Gaz. med. 1856, pag. 225). Die Secretion von Milch geht bei Neugebornen ohne Unterschied des Geschlechtes mit der Schwellung der Brustdrüse gleichen Schritt; sie beginnt gewöhnlich am 4. Tage nach der Geburt, steigert sich bis zum 8.—9. Tage, und nimmt dann wieder ab, um gegen Ende der dritten Woche ganz aufzuhören. Bei schwächlichen mageren Kindern wird sie ebenso gut als bei wohlgenährten beobachtet; chronische Erkrankungen vermindern sie, acute sistiren sie völlig; sie ist desto stärker, je mehr die Brustdrüse (aber nicht das umgebende Zellgewebe) geschwellt ist. Diese Anschwellung soll durch Momente gesteigert werden, welche das Erysipel bedingen. Die chemische Untersuchung (durch Prof. Quévenne an der Milch von 206 Neugebornen vorgenommen) constatirt deren Aehnlichkeit mit der der Eselinnen, sie enthält die gleiche Quantität Butter und Zucker, wie dieselbe, aber etwas mehr Käsestoff.

Apepsie bei Kindern und ihre Behandlung mit Pepsin. Von E. Barthez (L'Union 6 und 8, 1856). Die Apepsie (Anomalie der Ernährung, in Folge einer fehlerhaften Secretion des Magensaftes) kommt bei Kindern in den ersten Lebensjahren vor, und ist fast immer mit habitueller Diarrhöe verbunden; die Fäces sind gewöhnlich flüssig, schleimig oder serös und mit unverdauten Speiseresten gemengt. Obwohl solche Kinder sehr lebhafte Esslust zeigen und grosse Mengen der besten Nahrungsmittel zu sich nehmen, so zeigt deren Körper dessenungeachtet ein elendes Aussehen, bleiche Hautfarbe, Schlaffheit der Muskulatur, Abmagerung der Extremitäten bei grossem, aufgetriebenem Bauch. Letztere Erscheinung, sowie die Diarrhöe erklärt sich hinlänglich daraus, dass die nur unvollkommen oder gar nicht verdauten Nahrungsstoffe unverändert in den Darmkanal gelangen, wo sie, als fremde Körper wirkend, übermässige Gasentwicklung und Absonderung von Schleim und Serum bedingen. Nothwendigerweise muss die geringe Aufnahme von Nahrungsstoffen in's Blut den atrophischen Zustand der apeptischen Kinder herbeiführen. Die Behandlung muss also vor allem Andern dahin trachten, den Magensaft wieder zur Verdauung geeignet zu machen, und dies kann nur durch zweckmässige Abänderung der Nahrung, sowohl in quantitativer als qualitativer Hinsicht, oder direct durch Pepsin erzweckt werden. Letzteres Mittel, welches in neuerer Zeit Corvisart besonders empfohlen hat, wurde von 3 bis 4 apeptischen Kindern von 1½—3 Jahren und einem von 11 Jahren durch 4—7 Tage lang, täglich 2mal je zu ½ Grm. kurz vor der Mahlzeit verabfolgt, und jedes Mal verminderte sich schon am 2. Tage die Diarrhöe, und verschwanden die unverdauten Speisereste in den Fäcalmassen. In kurzer Zeit wurde der Bauch kleiner und besserte sich das Aussehen der Kinder. B. empfiehlt daher das Pepsin in allen Fällen von Apepsie, wo noch keine tiefern anatomischen Störungen der Verdauungs- und Assimilationsorgane zu Grunde liegen, als ein schnell wirkendes Heilmittel, dessen Anwendung an und für sich nie schädlich sein, und desto bequemer stattfinden kann, als keine strenge Diät damit verknüpft ist.

Gallertige Magenerweichung bei Kindern. (Journal für Kinderkrankheiten 1856, V. und VI. Heft.) Dr. Küttner führt 25 Fälle von mehr minder weit vorgeschrittener gallertiger Erweichung des Magens aus den Sectionsberichten der Kinderheilanstalt an, und sucht zu beweisen, dass es keine bestimmte Symptomengruppe gibt, durch welche sich die Entwicklung der Magenerweichung im Leben charakterisirt, und dass daher jede derartige Diagnose einer wissenschaftlichen Begründung entbehren müsse. Die gewöhnlich der gallertigen Magenerweichung zugeschriebenen Symptome, das Erbrechen, die heftigen wässerigen Stuhlentleerungen, der unersättliche Durst, die Hitze und Auftreibung der Herzgegend, die wachsähnliche Färbung der Haut, die Kälte der Extremitäten, Krämpfe u. s. w. finden sich alle wieder bei der *Cholera infantum*, und kamen kaum in der Hälfte der von K. berichteten Fälle zur Beobachtung. Nach Elsässer aber begünstigt gerade bei der Brechruhr der Kinder eine krankhafte Indifferenz des Magensaftes die saure Gährung der Magencontenta und die gallertige Auflösung der Magenhäute nach dem Tode. — Das häufige Vorkommen dieses Befundes in den ersten 6 Lebensmonaten schreibt K. der grösseren Zartheit der organischen Gewebe, so wie der häufig bis zum Tode fortgesetzten Milchnahrung zu. Das häufigere Auftreten zur warmen Jahreszeit, besonders aber der anatomische Befund selbst, welcher ein Fortschreiten des Prozesses von Innen nach Aussen nachweist, ferner der Umstand, dass in den allgemeinsten Fällen der *fundus ventricul.* der Sitz der Erweichung ist und dass fast immer Speisenreste angetroffen werden, der Mangel von Entzündungsspuren in der Umgebung, die Auftreibung des Magens durch Gase, der saure Geruch, dies Alles spricht für die Ansicht Elsässers, dass die gallertige Magenerweichung nur das Product eines in saure Gährung übergegangenen Mageninhaltes sei, der nach dem Tode seine lösende Wirkung auf die Magenhäute äussere, und dass der ganze Vorgang ein Leichenphänomen sei. Zur Annahme, dass die Magenerweichung schon im Leben durch gewisse pathische Momente als Entzündung der Magenhäute, Anämie derselben, gestörte Innervation, chemische Action eingeleitet werde, könne die von K. gesammelten Thatsachen keineswegs verleiten; denn gegen die Entzündung der Magenhäute sprechen die Leichenbefunde; die gestörte Innervation, namentlich von Seite des *n. Vagus* ist rein hypothetisch und bietet keine Analogie im Gebiete der Nervenstörungen; gegen eine Selbstverdauung des Magens im Leben spricht der Mangel jeder Reaction in der Umgebung und die Anämie kann höchstens als begünstigendes Moment betrachtet werden.

Zahnruhr. (Bednař Wien. med. Wochenschrift 5. 1856.) B. will die Zahnruhr, als einen Gemeinnamen der verschiedenartigsten Darmaffectionen bei zahnenden Kindern, ganz aus der Pathologie verbannt wissen. Die Momente, welche dem Zahndurchbruche vorangehen, das Wachsthum des Zahnes nach oben und unten, das Wachsthum der Kieferknochen, die Entwicklung der Zahnhöhlen, und die Lockerung und Resorption des Zahnfleisches sind hinlänglich bekannt. Der langsam wirkende allmälige Druck der Zahnkrone nach oben kann nicht als schmerzhaft, und noch weniger als die Ursache der vielfältigen, dem Zahnen zugeschriebenen Leiden angenommen werden, wie es das gleichmässige Wachsthum der Zähne bei den Neugebornen, der allmälige Durchbruch der Milchzähne, sowie die leichte zweite Dentition, wo die Kinder schon den Ursprung ihrer unangenehmen Empfindungen angeben können, hinlänglich begründet. Da also kein Grund vorhanden ist, den Zahndurchbruch als schmerzhaft zu bezeichnen, und selbst in dem Falle, als derselbe mit Kitzel, Schmerz u. dgl. begleitet wäre, keine Analogie zu finden ist, dass ein solcher Schmerz Diarrhöe hervorruft, so spricht B. der Zahnruhr jede

Bedeutung ab, und räth, den gewöhnlichen Ursachen der Darmaffectionen bei Kindern, als schädlichen atmosphärischen Einflüssen, Verkühlung, am häufigsten aber der unzweckmässigen Ernährung, Rechnung zu tragen, diese möglichst bald zu beseitigen, und gleich im Beginne der Krankheit ohne Rücksicht auf den Zahnprozess, im Nothfalle mit strenger Diät und passenden Arzneimitteln einzuschreiten.

Freiwilliger Abgang der Oxyuren je nach den Mondphasen. Darüber stellte Dr. Küchenmeister (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien 1856. Nr. 6.) durch 4 Monate hindurch möglichst genaue Selbstbeobachtungen an und fand, dass fast 3/4 der abgegangenen Würmer in den abnehmenden, und nur beiläufig 1/4 in den zunehmenden Mond fielen. Das günstigste Verhältniss zeigte sich für die Zeit des letzten Viertels bis zum Neumonde, sowohl wenn er auf die Zahl der Tage, an denen die Würmer abgingen, als auch auf die Summe der abgegangenen Würmer Rücksicht nahm. Demgemäss hält K. die Ansicht vom reichlichen Oxyurenabgange *zur Zeit* des abnehmenden Mondes für begründet und den Volksglauben hierüber für wahr, und findet es rationell die Wurmcuren, insofern sie die Oxyuren betreffen, zur Zeit des abnehmenden Mondes, zumal 8 Tage *nach dem* Vollmonde anzustellen, obwohl er sich vor jeder Ausschliesslichkeit hierin verwahren will. Ob bei Tänien und Spulwürmern eben so die *Zeit des* abnehmenden Mondes diejenige sei, in welcher diese Würmer spontan am liebsten abgehen, darüber besitzt K. noch keine derartig begründete Beobachtungen.

Verkümmerung des Darmkanals bei einem neugebornen Kinde, von Dr. Steinthal (Deutsche Klin. 8. 1856.) Das *Duodenum* war so aufgetrieben, dass es einem zweiten Magen glich und mit einer meconiumartigen, dunkelgrünen Masse gefüllt. Vom *Ileum* ab war der ganze Darmkanal, besonders auffällig aber der Dickdarm verkümmert, *so dass* derselbe nirgends das normale Volumen zeigte, und überdies an mehreren Stellen von Stenosen, bis zur Dicke eines Zwirnfadens durchzogen war. An den relativ dicksten Stellen des Darmkanals zeigten sich Spuren von *Meconium*; 1 1/2 Zoll vom Anus aufwärts war der Mastdarm verwachsen, so dass er nur gewaltsam zu zerreissen war. Die Gallenblase *war sehr* gross, aber mässig mit hellgrüner Galle gefüllt. Das uropoetische System bot keine Anomalie dar. Das Kind war um 1 Monat zu früh geboren, männlichen Geschlechts, und hatte 48 Stunden gelebt.

Acute, gelbe Atrophie und Cirrhose der Leber bei Kindern, von Prof. Loeschner. (Oesterr. Zeitschrift f. Kinderheilkunde 8. u. 9. 1856.) Nach den Erfahrungen des Verfassers kommt die primäre Leberatrophie bei Kindern nicht gar so selten vor; der Grund, warum diese Krankheit gewöhnlich nicht erkannt wird, liegt vorzüglich darin, dass dieselbe bei Kindern von 2 bis 4 Jahren unter dem Bilde der Meningitis, bei älteren Kindern unter den Erscheinungen des Typhus *aufzutreten* pflegt. L. theilt 2 Fälle mit, wovon der erstere, einen 3 1/2 Jahre alten Knaben betreffend, folgende pathologisch-anatomische Erscheinungen darbot: 1. Einfache gelbe Atrophie mit Erweiterung des Lumens der grossen Gefässe der Leber, Obstruction einer grossen Menge der kleinen Lebergefässe, Durchgängigkeit des *ductus choledochus* und *hepaticus.* 2) Bedeutende Hyperämie der Gekrös- und Darmvenen mit hochgradiger Schwellung der Gekrösdrüsen, der Follikel und Plaques des Darmkanals, grosse *Tympanitis* desselben. 3. Beträchtliche Schwellung und Erweichung der Milz. 4. Gangrän der rechten Lunge. 5. Tuberculose der rechtsseitigen Bronchialdrüsen mit Oedem einzelner Lungenlappen. 6. Kammerhydrops des Gehirns mit bedeutender Hyperämie der Plexus und enormer Ausdehnung und Erweiterung des Lumens der Sinus, des Gehirn-

gehäuses. 7. *Icterus*, selbst der innern Membran des Herzens etc. 8. Verlauf sehr rasch unter den Symptomen intensiver Blutkrankheit und machtvoller Gefässstase. – Der zweite Fall an einem 9 Jahre alten Mädchen verlief unter typhösen Erscheinungen und die Section ergab: 1. In der Ausprägung begriffene, vollendete Cirrhose der Leber mit Erweiterung der Gallengänge bei offenem *ductus choledochus* und *hepaticus*. 2. Ziemlich bedeutende Schwellung und Erweichung der Milz. 3. Mächtige Hyperämie der Gekrös- und Darmvenen mit Hämorrhagie im Dickdarm. 4. Eine bedeutende Menge gelben Serums im Bauchfellsacke. 5. Die Sinus und Jugularvenen überfüllt mit dicklichem Blute. 6. Eiterige hemisphärische Meningitis ohne Kammerhydrops.

Apoplexie in's subcutane Zellgewebe am behaarten Kopfe, unter die Galea aponeurotica, dura mater, in den Arachnoidealsack und das Gehirn, von Dr. Schuller. (Oesterr. Zeitschrift f. Kinderheilkunde 6. 7. 1856.) In den allermeisten Fällen aus einem Trauma hervorgegangen, reihen sich die Apoplexien der Neugebornen und Säuglinge in die obgenannten Gebilde rücksichtlich ihrer Häufigkeit in folgende Ordnung: Apoplexien in das subcutane Zellgewebe, äusserst selten combinirt mit einer Apoplexie des *musc. temporalis*; 2. Apoplexien in den Arachnoidealsack, am häufigsten an der Convexität des hinteren Abschnittes des Grosshirns und ohne von besonderen Erscheinungen im Leben begleitet zu sein. Nie fand Verfasser in den ersten Lebenswochen das Extravasat eitrig zerfallen, nie eine Sonderung des extravasirten Blutes in Blutkuchen und Blutserum; letzterer Umstand scheint dafür zu sprechen, dass die intermeningealen Blutungen in Nachschüben erfolgen, und wird noch wahrscheinlicher durch die Massenhaftigkeit des Extravasates, bei gänzlicher Unverletztheit der *pia mater* und des Gehirns. Eine Zerreissung der Blutleiter oder die von Weber erwähnte Zerreissung an der Aussenwand des Sichelblutleiters konnte Verfasser nie auffinden, und hält letztere überhaupt nicht für wahrscheinlich, da man selbst bei bedeutenden Thromben, welche rasch entstanden, keine Einreissung des *Pericranium*, welches nichts anders als die Fortsetzung der äussern Wand des Sichelblutleiters ist, beobachtet. 3. Der *Thrombus* im weiteren Sinne des Wortes, welcher sich zum eigentlichen *Thrombus*, d. i. einer Geschwulst an dem Seitenwand- oder Hinterhauptbein, bedingt durch Blutung unter dem *Pericranium*, wie 200 zu 1 verhält. Den von Rokitansky erwähnten *Thrombus internus* sah Verfasser nur am Seitenwandbein, und sowohl allein, als auch mit *Thrombus externus* combinirt. Bezüglich der Combination der bis jetzt erwähnten Blutungen stellt Verfasser folgende Häufigkeitsscala zusammen: a) Blutungen in's subcutane Zellgewebe mit einer geringen Blutung unter das *Pericranium* am Seitenwand- und Hinterhauptbein, welche im Leben nicht zu erkennen ist; b) Blutung in's subcutane Zellgewebe mit *Apoplexia intermeningealis*; c) Blutung in's subcutane Zellgewebe mit *Thrombus*; d) *Thrombus externus* mit *Apoplexia intermeningealis*; e) *Thrombus externus* mit *Thrombus internus*. 4. Apoplexie in das Gehirn; häufig peripherisch und an der Convexität des hintern Abschnittes des Grosshirnes, und dann combinirt mit *Apoplexia intermeningealis*, gingen sie in ⅓ der Fälle vom Seitenventrikel aus, und zerstören manchmal die Hälfte des Grosshirnes. Dessenungeachtet verrieth sich mehr als die Hälfte der in der Leiche nachgewiesenen Hirn-Apoplexien im Leben durch keine Erscheinungen. Daher glaubt Verfasser auch bei Säuglingen das Vorkommen der sogenannten *Apoplexie foudroyante* annehmen zu müssen. Ein Hauptgrund für das häufige Vorkommen von Hirn-Apoplexien bei Frühgebornen liegt nach der Ansicht des Verfassers

darin, dass bei diesen häufig die Geburtszeit eine grössere und durch normwidrige Lage, gewöhnlich Beckenmund oder Querlage, verzögert werde. Eine besondere Aufmerksamkeit schenkte Verfasser den Fällen von Mangel jedweden Gehirns, entweder von dem Augenblicke an, wo das Kind auf die Welt kam, oder später, und fand jedesmal eine auffallende Retardation der Empfindungsäusserungen und diesem entsprechend retardirte Bewegung.

Blutextravasate unter die Conjunctiva sclerae sind nach Dr. Schuller (Ibidem) ein häufiger Befund und zeigen fast immer die Form eines Kreissegmentes am äussern oder innern Cornealrande; die blutig suffundirte früher hellrothe Schleimhaut wird im weiteren Verlauf durch die Metamorphose des Blutes an dieser Stelle gelb gefärbt.

Blutungen in die Athmungsorgane haben nach der Ansicht des Verfassers ihre primäre Ursache in der Lungenhyperämie, welche auf dem Wege der Ausschliessung diagnosticirt werden kann. Der Lungeninfarct und die Lungenapoplexie kann bei Säuglingen nicht aus den Erscheinungen, die bei Erwachsenen eine innere Blutung anzeigen, erschlossen werden, und ist nur dann mit Sicherheit anzunehmen, wenn nebst den entsprechenden auscultatorischen und Percussions-Erscheinungen einer Unwegsamkeit der Lunge eine Blutung zugegen ist, entweder durch Mund und Nase allein oder mittelbar aus dem Magen. — Die häufig vorkommenden kleinen Blutextravasate unter die *Pleura pulmonalis* sollen nach Verfasser Veranlassung zur Pigmentbildung geben, und entstehen nicht in Folge des Lufteinblasens in die Lunge, da man diese Extravasate gleichzeitig auch unter der *Pleura costalis, Pericardium, Thymus*, unter dem peritonäalen Ueberzuge der Leber etc. findet.

Blutungen in den Nahrungskanal und in die Bauchhöhle sind mit Ausnahme der die exsudativen Prozesse an der Mundschleimhaut begleitenden capillären Blutungen seltener. Die auf den Magen beschränkten Blutungen sind meist eine Folge der über die ganze Magenschleimhaut ausgebreiteten Erosionen, welche man sowohl bei schwächlichen als kräftigen Kindern, mit und ohne Magenerweichung, nach dem Genusse von Brechweinstein und ohne solchen angetroffen hat. Von der Lungenblutung unterscheidet sie sich theils durch gleichzeitige Darmblutung, theils durch die dunkelbraunen oder schwarzen Streifen oder Punkte in dem Erbrochenen. Die combinirte Magen- und Darmblutung ist meist eine Folge ausgebreiteter Stase in den Gefässen und kommt daher bei Herzfehlern, ausgebreiteter Atelectasie der Lunge bei sehr blutreicher Leber und Milz, sowie bei *Gastroenteritis* vor. Bei allen Blutungen aus dem Darmkanale hat man zu sehen, ob das Blut blos die Fäces punkt- oder streifenartig durchzieht, oder ob dasselbe rein, oder mit Schleim, Epithel und Fäces untermengt entleert wird. Häufig findet gleichzeitig eine Blutung in das submucöse Gewebe des Darmrohres statt, wobei die Schleimhaut normal bleiben kann, oder in Form eines röthlichgelben Breies abstreifbar, zottig, uneben erscheint, was dann als *Enteritis* bezeichnet wird.

Parenchymatöse Gehirnhämorrhagien. Dr. Stiebel theilt in dem Leichenbefunde aus dem Kinderhospitale zu Frankfurt (Journ. f. Kinderkrankheiten 1856. 1. H.) mehrere Fälle von parenchym. Gehirnhämorrhagien mit. Bei zwei Fällen war Keuchhusten die Gelegenheitsursache; der eine betraf ein 1 ¼ Jahr altes Mädchen und war von lähmungsartigen Erscheinungen in der linken Körperhälfte, *Sopor*, später von *Trismus, Strabismus alternans* und Dilatation der Pupillen begleitet, bis unter Convulsionen der Tod erfolgte. Die Section erwies einen hämorrhagischen Herd auf der rechten Seite des Grosshirns an der äusseren Seite des Ventrikels etwas nach unten über der *Fossa Sylvii* und tuberculöses

Meningealexsudat an den vordern Gehirnlappen mit seröser Ausscheidung in den Ventrikeln. Ein dritter Fall kam bei einem zwei Jahre alten Mädchen, im Verlaufe eines Typhus vor, und verlief unter krampfhaften Bewegungen mit Dilatation der linken Pupille. Die Section ergab einen bohnengrossen hämorrhagischen Heerd in der linken Hemisphäre in den vorderen Lappen über den Seitenventrikeln. Das Blut war 12 Stunden nach dem Tode noch flüssig, in erweichter Gehirnsubstanz eingebettet.

Einen Fall **von Gehirnabscess** beobachtete Dr. Stiebel (Journal f. Kinderkrankheiten 1856. I. Heft.) bei einem 11jährigen, vorher gesunden Mädchen, bei welchem plötzlich heftiger Kopfschmerz auf der linken Seite, und die Erscheinungen einer unvollkommenen Lähmung des *n. oculomotorius sinistr.* aufgetreten waren, bis nach 9 Tagen unter tetanischen Erscheinungen der Tod erfolgte. Die Section wies eine bedeutende Ausdehnung und Erweichung des linken Hirnschenkels durch einen 1'' langen, 1'' 2''' breiten, nach hinten scharf begrenzten, nach vorne sich in die Substanz des Hirnschenkels, bis 1''' vom *n. oculomotor sin.* entfernten Abscess nach. Wo der Hirnschenkel aus dem Pons hervortritt, war ein hämorrhag. Heerd von 9''' im Durchmesser. Der linke Herzventrikel war concentrisch hypertrophirt.

Gehirnabscesse. Prof. Lebert (Archiv f. path. Anatomie und Physiol. X. Band, I. Heft.) entnehmen wir, dass dieselben meistens in der Marksubstanz und nur selten an der Oberfläche des Gehirns und in der grauen Substanz angetroffen wurden, dass häufiger die Hemisphären des grossen Gehirns, und von ihnen besonders der mittlere Theil und zwar öfter der linken Seite der Sitz des Abscesses waren. Ausnahmsweise wurden sie in der *Glandula pituitaria* und Ein Mal in der *Medulla oblongata* allein gefunden. Bezüglich ihrer Form herrschte die eiförmige Tendenz vor, und wurde dieselbe erst secundär durch Verschiebungen, Durchbrüche u. dgl. unregelmässig. Die Grösse bot Verschiedenheiten von der einer Erbse bis zum Hühnerei, ja einer ganzen Hemisphäre dar, und sonach war auch die Eitermenge sehr variabel. Bemerkenswerth ist, dass häufig der Eiter, selbst in Fällen, wo keine Perforation stattfand, einen üblen Geruch zeigte. Was die Abgrenzung der Abscesse im Gehirn betrifft, so fand L., dass dieselben zwar anfangs umschrieben sind, aber bei acutem Verlaufe nicht abgegrenzt werden; sondern dass die Einkapselung erst allmählig durch die Bildung einer fibro-albuminösen Membran in dem eiterig infiltrirten Gewebe, das den Abscess zunächst umgibt, vor sich gehe. Diese Einkapselung kann aber nicht als ein Heilungsvorgang betrachtet werden, da durch die in der Wand enthaltenen Gefässe die eiterige Ausschwitzung fortwährend unterhalten und somit der Druck auf das Gehirn mehr und mehr gesteigert wird. Der ungünstige Ausgang wird häufig beschleunigt durch den Durchbruch in die Ventrikel, welche consecutiv Entzündung des Ependym mit eiteriger Exsudation zur Folge hat, oder nach der Oberfläche, dem innern Ohre und der Orbita. Die Umgebung eines Abscesses ist meistens Sitz einer Erweichung, seröser Erguss in die Seitenventrikel, Vermehrung der subarachnoidalen Flüssigkeit sind häufiger, *Meningitis* mit Ausnahme der aus *Caries* des Felsenbeines hervorgegangenen, seltene Befunde bei Gehirnabscessen. Die Entzündung und Eiterung im Gehirne kommt eben so oft idiopathisch vor, als sie aus *Traumatismus*, *Pyämie* und besonders aus *Otitis interna* hervorgeht. Die Veränderungen in den übrigen Organen können weder als Ursache noch als Wirkung, sondern mehr als zufällige Complicationen betrachtet werden, was besonders von den bei Gehirnkrankheiten zu hoch angeschlagenen Herzkrankheiten gilt.

Fötales, interocephales, gemischtes Enchondrom. (Dr. Hennig und Wagner: Virchow's Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie. X. Band, I. Heft.) Der Fall betraf einen todtgebornen Knaben, bei dessen Geburt, wegen der ungeheuren Grösse des Kopfes Kunsthilfe nothwendig geworden war. Die Section wies einen Hydrocephalus externus und Wasseransammlung in den Gehirnhöhlen nach; aus dem rechten Gehirnventrikel quollen mehrere, verschieden grosse, zum Theile zusammenhängende, älteren Blutgerinseln ähnliche Klumpen hervor, von denen einige leicht zerbröckelten, andere sich wie eine Gallertgeschwulst anfühlten, und noch andere knorpel- bis knochenharte Einlagerungen hindurchfühlen liessen. Aeusserlich sahen sie fleischfarben mit gelblichen Streifen und wenigen dunklen Inseln aus; aufgebrochen boten sie verschieden grosse, mit schwarzrother Flüssigkeit gefüllte Höhlen, und waren von zerbrochenen Knochentäfelchen durchsetzt. Die vom Dr. W. vorgenommene Untersuchung wies eine Neubildung nach, welche sich im Intrauterinleben innerhalb der Schädelhöhle gebildet hatte, und welche als constituirende Gewebe, sogenanntes fibrinöses Gewebe, Bindegewebe, Knorpel und Knochen, und nebstdem noch lange, platte, homogene oder querpunktirte Fasern von räthselhafter Bedeutung enthielt. Der Ort der Entwicklung konnte nicht ermittelt werden.

Ueber Herzfehler bei Kindern, von Dr. Gerhardt. (Deutsche Klinik. 11. 1856.) Nachdem Vf. über das häufige Vorkommen von Klappendegenerationen am Herzen, namentlich im Gefolge von chronischen, depascirenden Krankheiten der Kinder aufmerksam gemacht hat, führt er mehrere Fälle auf, wo die Section Verdickung und Wulstung der mitralen und tricuspidalen Klappen, besonders an deren Rändern, nebst feinen röthlich, röthlich gelben, hahnenkammförmigen Auflagerungen auf dieselben ergab. Desto auffallender ist die Seltenheit von klinischen Beobachtungen über das Vorkommen von Herzfehlern bei Neugebornen und Säuglingen, und lässt sich dieselbe nur aus den grossen Schwierigkeiten der Diagnose erklären; denn, wenn schon die Untersuchung an und für sich grosse Hindernisse findet, so lassen sich selbst jene Symptome, welche bei Erwachsenen von grösstem Werthe für die Erkenntniss der Herzfehler sind, bei Kindern in den ersten Lebensjahren nur äusserst vorsichtig verwerthen. Es ist klar, dass das Offenbleiben fötaler Wege, eine etwas ausgedehntere Atelectasie der Lungen, abgesehen von nicht selten vorhandenen Anomalien des Ursprungs, des Lumens der grossen Gefässe etc., verschiedene Modificationen der Herzgeräusche erzeugen können und müssen. Selbst die Erscheinungen des Herzschlages und der Percussion können leicht zu Täuschungen über die Ausdehnung des Herzens führen, besonders dann, wenn die oberen Lappen und die vorderen Ränder der Lungen sich in dem Zustande der Atelectasie befinden. In einem Falle, wo im Leben von der Herzspitze ein lautes, bis zum zweiten Tone reichendes Geräusch neben einem klingenden ersten Tone gehört wurde, der 2. Pulmonalton verstärkt war, und der Herzstoss im grossen Umfange zwischen der 5. und 6. Rippe bis zur *Linea papill. mamm.* gefühlt wurde, ergab die Section völliges Offensein des *Foramen ovale* und *Ductus arteriosus Botalli* bei Integrität der Klappen. — Ferner beobachtet man eine grössere Ausdehnung des Herzstosses in jenen Fällen, wo bei einem Hindernisse des Lufteintrittes, die Lunge dem inspiratorisch erweiterten Thorax nicht folgen kann, und die Ränder derselben nicht mehr das Herz bedecken, was besonders beim Croup der Kinder stattzufinden scheint. — Noch geringeren Werth aber muss man den allgemeinen Erscheinungen, die sonst den Herzfehlern zukommen, als Cyanose, Oedem etc. bei kleinen Kindern beilegen, da sie häufig von andern anomalen Zuständen abhängig gefunden werden.

Eczem. Dr. Lederer macht in seiner Abhandlung über Eczema faciei im Kindesalter (Journal für Kinderkrankheit 1856. III. Heft.) aufmerksam, dass man viel zu oft Skrofulose, Vernachlässigung der Hautpflege, sowie die Ernährung des Kindes, sowohl die künstliche als die an der Mutterbrust als die Quellen dieses Hautübels ansieht, während ein grosser Theil des Volkes in der Vaccination die nächste Veranlassung dazu erblickt. Am häufigsten zeigte sich ein Zusammentreffen des Eczema faciei, besonders der impetiginösen Form mit dumpfer, feuchter Wohnung, und dies mag wohl die Hauptursache des häufigen Vorkommens dieses Leidens in grossen Städten sein. Weniger nachweisbar war der Einfluss des Gesundheitszustandes der Eltern auf das Zustandekommen des Hautleidens bei den Kindern. Die Annahme einer Contagiosität scheint mehr durch die Vorsicht gerathen, als wissenschaftlich begründet zu sein. Die meisten Erkrankungen fallen in die 2 ersten Lebensjahre; das Geschlecht bietet keinen Unterschied.

Die häufigsten Complicationen der von L. im Luszinsky'schen Kinder-Kranken-Institute im Jahre 1855 vom 1. Jänner bis letzten October beobachteten 41 Fälle waren: Ophthalmia, Anschwellung der Halsdrüsen, und Eczem der Kopfhaut, weniger häufig waren die Erkrankungen der Digestionsorgane. Als entferntere Folgen führt L. die Atrophie und die Encephalopathie an; letztere kann durch Hyperämie des Hirnes und seiner Häute, oder durch Hydrocephalus den tödtlichen Ausgang bedingen, und wurde besonders dort beobachtet, wenn die Secretion profus und eiterartig, mit Ophthalmia complicirt war und der Ausschlag durch heroische Mittel rasch zur Heilung gebracht wurde. Den Causalnexus zwischen dem Ausschlage und dem Hirnleiden sieht L. darin, dass das rasche Verschwinden des Ausschlages in gewissen Fällen Ursache, in andern Wirkung der Encephalopathie ist. Die Therapie bilden kalte Umschläge, das Bestreichen mit salpetersaurer Silber- oder Sublimatlösung, so wie Umschläge von denselben, das Bedecken der kranken Stellen mit Watta. Besser als diese Methoden entspricht nach L. die Entfernung der Borken mittelst eines milden, kühlen Oehles und Bestreichen der entzündeten Haut mit einer schwachen Lösung von *Acet. plumb.* oder *Sulf. Zinc.* mit oder ohne *Op. tinct.* — Bei skrofulöser Grundlage ist Leberthran, bei Digestionsstörungen sind *Amara* angezeigt. Die Ophthalmia besonders im höhern Grade erfordert Eisumschläge, und den *Nitr. argent.*

Erysipel der Neugebornen und Säuglinge. (Hervieux. Gaz. med. de Paris 1856. pag. 123. 158. 162.) Der Vf., welcher sowohl die Schriften seiner Vorgänger als auch 30 eigene Beobachtungen zu seiner Arbeit benützte, theilt den Rothlauf in einen erythematösen, ödematösen und bullösen. Unter den 30 von ihm behandelten Fällen zeigten 24 bereits vor dem Ausbruch des Erysipel bestehende Erkrankungen, worunter die Enteritis den ersten Platz einnimmt, die übrigen vertheilen sich auf Sclerose des Zellgewebes (8 Fälle) Bronchitis, Pleuritis, Stomatitis etc. *Phlebitis umbilicalis* als Ursache hat er Ein Mal beobachtet. Die Leichenuntersuchung wiess partielle Blutüberfüllung des Hirns und seiner Häute, der Lunge und der Baucheingeweide nach; seröse Ergüsse in den Höhlen der Wasserhäute; Injection, Auflockerung, ja selbst Erweichung der Darmschleimhaut mit Schwellung der Peyer'schen Drüsen; bei complicirendem Icterus fanden sich Zell- und Muskelgewebe, Herz und Eingeweide gelblich gefärbt. Constant waren diese pathologischen Veränderungen nicht. Er räth eindringlich, ein Kind mit Erysipel nicht von der Brust abzusetzen, empfiehlt eine der innern Krankheit entsprechende allgemeine und palliative örtliche Behandlung. Indem er mit eigenen Augen die Erfolglosigkeit aller bis jetzt gerühmten Mittel gesehen, empfiehlt er eine einfache, milde Therapie.

Plica polonica bei einem 2 Jahre alten Knaben beobachtete Dr. Kraus in Leipnik. (Oesterreichische Zeitschrift für Kinderheilkunde. 9. 1856.) Der zartgebaute blonde Knabe erfreute sich schon im 6. Lebensmonate eines reichlichen Haarwuchses, und zeigte mit 15 Monaten eine auffallende Geistesentwicklung. Obwohl an der Ammenbrust erzogen, litt er doch seit den ersten Lebensmonaten häufig an Verdauungsstörungen und Diarrhöe.

Um diese Zeit bemerkte man zuerst eine Verfilzung von klebrigen, vielfach gespaltenen Haaren zu einem „Zöpfchen" am Hinterhaupte, welche trotz der sorgfältigsten Pflege und Reinigung binnen 6 Monaten den ganzen reichlichen Haarwuchs am Hinterhaupte vollkommen verwebt und verpappt hatte. Gleichzeitig waren nebst den Verdauungsstörungen, periodische Schmerzen in den Füssen, unruhiger, durch lebhafte Phantasien gestörter Schlaf, und Reizbarkeit des Nervensystems aufgetreten. Die Therapie bestand in nahrhafter Diät, Bädern von Malz oder Kutteln, und fleissiger Bewegung im Freien. Das Abschneiden des Haares wurde nicht gestattet, da das Vorurtheil, die *Plica polonica* dürfe nicht abgeschnitten werden, in diesen Gegenden allgemein tief eingewurzelt ist. Bezüglich der Aetiologie dieser Krankheit glaubt Vf. auch in diesem Falle einen Beweis zu sehen, dass, wie wohl alle Autoren annehmen, die *Plica polonica* nicht durch Unreinlichkeit und Verwahrlosung des Haares producirt werde, viel wahrscheinlicher liege diesem Leiden eine abnorme Blutbeschaffenheit zu Grunde.

Syphilis congenita. (Prof. Braun. Oesterreichische Zeitschrift für Kinderheilkunde. 5. 1856.) Ueber den Einfluss der Syphilis Schwangerer auf ihre Früchte, stimmt Vf. mit den Beobachtungen Anderer überein, dass Schwangere mit manifest secundärer Syphilis behaftet, häufig abortiren, oder todte oder elende Kinder zur Welt bringen, oder scheinbar gesunde Kinder gebären, bei denen binnen wenigen Monaten die Krankheit ausbricht. Rücksichtlich der Zeichen der constitutionellen Syphilis, hält Br. jedes an den Genitalien der Schwangern vorkommende Condylom der Syphilis oder eines diesem ähnlichen hybriden Contagiums verdächtig, und fähig, am Neugebornen die Symptome der Syphilis congenita zu erzeugen, während Uterinal- und Vaginalblennorrhoe bei 50 Prct. in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft befindlicher Mütter vorkommen, ohne auf die Frucht während ihrer Entwicklung, und während der Geburt einen Einfluss zu haben, oder später zur Eruption syphilitischer Erscheinungen Anlass zu geben. — Bei der Behandlung der mit Syphilis congenita behafteten Kinder hält Vf. vorzüglich auf gute Ernährung (an der Mutterbrust, nicht aber an der Brust einer fremden Amme, welche dadurch inficirt werden kann und baldige Mercurialcur; und zwar gibt er der Schmiercur mit *Ungt. ciner.* auch im zartesten Säuglingsalter den Vorzug vor dem innerlichen Gebrauche der Quecksilberpräparate. —

— (Dr. Luzsinsky. Wien. Med. Wochensch. 9, 10, 11. 1856.) Vf. theilt mehrere Krankengeschichten mit, in welchen theils die Uebertragung der constitutionellen Syphilis von elterlicher Seite auf den Fötus, als auch die Ansteckung von Ammen und Wärterinnen durch solche mit constitutioneller Syphilis geborne Kinder constatirt wurde, und zieht daraus folgende Schlüsse: 1. Dass die secundäre Syphilis Ansteckungsfähigkeit besitze, 2. dass die constitutionelle Syphilis vererbt werden, und zwar sowohl von der Mutter, wie von dem Vater auf den Fötus übertragen werden könne, 3) dass nicht nur die ausgesprochene, sondern auch die latente Syphilis dem Kinde im Mutterleibe mitgetheilt werden könne, 4. die mit constitutioneller Syphilis behafteten Früchte kommen häufig frühzeitig und dann gewöhnlich todt zur Welt; in

vielen Fällen aber werden die Kinder nicht nur vollkommen ausgetragen, sondern auch wohlgenährt geboren, und tragen äusserlich keine Spur der ererbten Krankheit an sich, 5. die Erscheinungen der angeerbten Syphilis zeigen sich bei Neugebornen gewöhnlich zwischen der 6. — 8. Woche, und zwar zuerst an den Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut. — Syphilitische Knochenleiden sind bei Kindern äusserst selten, da sie entweder früher genesen oder an der bis dahin gediehenen Syphilis sterben. Die Syphiliden der Kinder zeigen gewöhnlich eine gelbliche, schmutzig rosige oder bläuliche Röthe, selten die bei Erwachsenen eigenthümliche Kupferfarbe. — 6. Von grösster Wichtigkeit sind die Erscheinungen an den Schleimhäuten, namentlich des Magen und Darmkanals, sie stehen hinsichtlich der Häufigkeit, In- und Extensität im umgekehrten Verhältniss zum Alter des Kindes. Die Symptome selten mangelnder Dyspepsie, Aufstossen, Erbrechen unverdauter Nahrungsstoffe mit vielem Schleim, mehr minder copiöse Stuhlentleerungen unter Colikerscheinungen beweisen, dass das syphilitische Gift hier, wie an der Nase und in dem Munde das Schleimhautsystem afficirt hat. Daher sind Anämie und Abzehrung das gewöhnliche traurige Loos syphilitischer Kinder. 7) Die Leichen syphilitischer Kinder zeigen neben allgemeiner Anämie einen grössern Blutreichthum im Gehirne, was Vf. als eine Folge der durch Hyperkrinie des Darmes bedingten Eindickung des Blutes erklärt. Nicht selten findet man ausgeschwitztes Serum zwischen den Hirnhäuten und in den Ventrikeln. Weder den Eiterinhalt der Thymusdrüse, wie ihn Dubois angibt, noch die Eiterheerde in den Lungen, wie sie Dépaul bemerkt hat, konnte Vf. auffinden. Dagegen sah er lobäre, öfter lobuläre Hepatisationen der Lungen, und meistens Bronchialcatarrh, und Röthe und Schwellung der Bronchialdrüsen. Die Veränderungen der Leber — wenn auch nicht so häufig gefunden, wie Gubler angibt — bestanden in speckiger Degeneration oft nur in grösserer Derbheit und Blutfülle. Die Milz in der Regel derb und dunkel, zeigte häufig Trübungen an ihrer Oberfläche. Die Magen- und Darmschleimhaut war meistens im Zustande des Catarrhs, nicht selten, besonders im Ileum und am Anfange des Colons mit rothen Flecken, Erosionen und Ulcerationen besetzt. Die Mesenterialdrüsen waren meist geschwellt und geröthet. — 8. Bei der Prognose hat man vorzüglich auf die Schleimhautaffection des Ernährungstractes, ferner das Alter, die Entwicklung, Ernährungsweise und den Grad des äussern Leidens des Kindes zu berücksichtigen. 9. Bei der Behandlung der hereditären Syphilis der Kinder ist es eine Hauptaufgabe, der leidenden Verdauung zu begegnen durch ein zweckmässiges Regime, leicht verdauliche Nahrung, vorzüglich die Mutterbrust. Wo der Darmkanal nur einigermassen leidend ist, schaden die Antisyphilitica, Jod und Mercur, indem sie die vorhandene Reizung der Darmschleimhaut steigern. — Unter den Mercurialien gibt Vf. dem *niger Moscati* und *Hahnemanni* den Vorzug, und wendet sie in den kleinsten Gaben von $^1/_{64}$ — $^1/_8$ Gran pr. die in Form von Pulver oder Lecksaft an. Für noch heilsamer hält Vf. das Jod, das aber in grösserer Menge genommen werden muss, und daher auch mehr die Ernährung beeinträchtigt. Vf. gibt es gewöhnlich von 2 gr. pr. die angefangen in süss schleimigen Vehikeln. Aeusserlich benützt Vf. das *Ung. praec. rubr.* (2—8 gr. auf 2 ʒ Fett.) die Sublimatsolution (1—2 gr. auf 4 ℥ Aq. destill.) zu Fomentationen oder Bäder, Jodkali wendet Vf. äusserlich in Salbenform (8 gr. auf 2 ʒ Fett) oder in Auflösung (10 gr. — $^1/_2$ ʒ in 4 Unz. Aq. dest.). Nur bei sehr gelinden Formen sind die vegetabilischen Antisyphilitica zu empfehlen.

— (Dr. Mandon, Journ. de Brux. Janv., Févr. 1856.) Verfasser stellt folgende Sätze auf: 1. Die Syphilis der Mutter, welche sich von der

Schwangerschaft herschreibt, wird nicht auf den Fötus übertragen. 2. Ebenso wird durch einen vom Vater aus syphilitischen Fötus die Krankheit nicht auf die Mutter übertragen. 3. Syphilis wird nicht durch die Milch der Stillenden auf das Kind übertragen. 4. Die erbliche Syphilis überträgt sich stets mit den Charakteren der Periode, in welcher sich die Eltern zur Zeit der Zeugung befanden. Stets ist die antisyphilitische Behandlung der Eltern dabei von Einfluss. 5. Die sogenannten secundären Erscheinungen bei Neugebornen und Kindern werden seltener als man gewöhnlich annimmt, und meist an der Brust beobachtet. 6. Die Syphilis manifestirt sich meistens während des Verlaufs der ersten Zahnung, obwohl auch frühzeitig Geborne schon syphilitische Erscheinungen an sich tragen können. 7. Die meisten Hautkrankheiten der Kinder sind nicht syphilitischer Natur; noch zweifelhafter sind die sogenannten specifischen Veränderungen der Leber, Lungen und der Thymus. 8. Bei nicht complicirter Syphilis ist die Prognose günstig. Chronische Diarrhöe macht dieselbe stets ungünstig. Der Zeitpunkt der wirklichen Heilung kann nie angegeben werden. 9. Die beste antisyphilitische Behandlung besteht in Darreichung von 0,025 Mgrm. *Protojodur.* Merc. in Gummi-Schleim und in täglichen Sublimatbädern (10 Grm. auf 60 Liter). Dabei ist die sorgfältigste Reinigung des ganzen Körpers nöthig, und wenn möglich, solchen Kindern die Brust zu reichen.

Periostitis mit eiterigem Producte bei rhachitischen Kindern beobachtete Prof. Meyer (H. und Pf's. Zeitschrift N. F. VI. 1. 1855.) in 2 Fällen. In dem einen Falle zeigten sämmtliche grössere Knochen der Extremitäten und des Schädels reichliche Auflagerung von lockeren Osteophyten, und unter dem Periost beider Ulnae fand *sich ein* geringer localer Eitererguss. In dem 2. Falle, einer intrauterinären Rhachitis, lag an den meisten grösseren Knochen auf einer festen und compacten Rindensubstanz ein sehr festes und dichtes, von Aussen zellenförmig höckerig begrenztes Osteophyt auf. Die Mittelstücke waren macerirt, und zwischen ihnen und dem Epiphysenknorpel war das *Periost* nach Aussen hervorgetrieben; die Epiphysen sehr beweglich. Bei der Eröffnung dieser letztgenannten Hervortreibungen fand man unter dem Periost eine mit dickflüssiger Chokolade-ähnlicher Masse gefüllte *Höhle*, an welcher das Ende des Mittelstücks ganz frei, theilweise corrodirt und von allen Seiten durch die aus Blutkörperchen, *Eiterkörperchen* und molecularen Detritus bestehende Flüssigkeit umspült war.

Strangulatio digitorum bei Neugebornen. Dr. Weisse berichtet (Journal für Kinderkrankht. 1856. III. und IV. Heft.) über 2 Fälle von Einschnürung der Phalangen in ihrer Gelenkverbindung durch eine von Haaren gebildete Schlinge. Im ersten Falle bei einem 3 *Wochen* alten Kinde befand sich die Einschnürung in der Gelenkbiegung zwischen dem Nagelgliede und der zweiten Phalanx des Mittelfingers der rechten Hand; zwischen den glänzend dunkelrothen, angeschwollenen und heissen Phalangen lag in einer eiternden rings um das Gelenk laufenden Rinne, die aus mehreren Haaren gebildete Schlinge; ebenso war um den Ringfinger eine einfache Haarschlinge, jedoch nur oberflächlich gezogen. Die Verletzung heilte nach Entfernung der Schlinge in einigen Tagen. Der zweite Fall betraf ein 5 Wochen altes Kind, *bei* welchem die Haarschlinge in der Gelenksbiegung zwischen dem Nagelgliede und der zweiten Phalanx der Mittelzehe des linken Fusses lag. Das Nagelglied war bereits brandig, und nach dessen Entfernung heilte der Exarticulationsstumpf. Auch in diesem Falle fand man noch eine einfache aber lockere Haarschlinge um die zweite Zehe. Dr. W. *spricht* die Möglichkeit der spontanen Bildung der Haarschlingen aus, obwohl Aberglauben einerseits und Bosheit der Ammen und Kinds-Wärterinnen anderseits ihren Antheil dabei haben mögen.

Missstaltung der Extremitäten durch Einschnürung (Dr. Frieckhoeffer in Idstein, Virchow's Archiv für pathol. Anatom. und Phys. X. Band, I. Heft.) an einem Knaben, der übrigens stark und gut genährt zur Welt kam. Oberhalb des linken Ellbogengelenkes fand sich eine scharfe Einschnürung der Haut und der übrigen Weichtheile bis auf den Knochen; die unterhalb dieser Stelle gelegenen Theile des linken Armes atrophisch aber ödematös angeschwollen; die Finger dieser Hand in beständiger Contractur. Unterhalb des linken Kniegelenkes war eine noch schärfere Abschnürung, und auf dem ebenfalls atrophischen und ödematösen Unterschenkel sah man 3 parallel und querlaufende Eindrücke; der Fuss selbst war nach innen gekrümmt. Der Mittel- und Ringfinger der rechten Hand waren im Verlaufe des 2. Gliedes häutig verwachsen, und auf der Dorsalfläche des Ringfingers eine doppelte Einschnürung, welche einen erbsengrossen Wulst auf dem Gelenke zwischen der 2. und 3. Phalanx bildete. Endlich ging von der Volarfläche des vordersten Gliedes des Zeigefingers der rechten Hand als Fortsetzung der Haut ein dünnes, eine Linie breites, aber festes Ligament von 1½" Länge ab; eine ähnliche aber kleinere Fortsetzung fand sich an der Spitze des rechten kleinen Fingers. Dieser letztere Befund bestimmt Fr. zur Annahme, dass sämmtliche angeführte Einschnürungen mittelst solcher ligamentöser Fortsätze entstanden seien, die bei unverletztem Ei eine beträchtliche Länge hatten, während des Geburtsactes aber, oder durch frühere starke Fruchtbewegungen zerrissen sind, und daher benützt Fr. diesen Fall zur Erklärung der sogenannten spontanen Amputationen der Gliedmassen.

Coxalgie. Hr. Morel-Lavallée berichtete über 2 Fälle von angeborner Coxalgie (Journal für Kinderkrankhtn. 1856, I. Heft.), beobachtet bei Kindern, welche kaum 15 Tage alt waren. Die Section wies eine vollständige Zerstörung des Kapselbandes des Hüftgelenkes, so wie des grössten Theiles des Pfannenwulstes nach; die Pfanne theilweise vorhanden, abgeplattet, cariös, das *Ligam. teres* rudimentär, der unvollständig ausgebildete Schenkelkopf direct nach Aussen verschoben. Die Entstehung der Hüftgelenksentzündung bleibt dunkel, dass sie aber während des Fötuslebens begonnen hat, zeigte die weit gediehene Absorption des ligament. Apparates, so wie die Beschaffenheit des Gelenkkopfes und der Pfanne.

Phimosis congenita. (Deutsche Klinik. 1. 1856.) Dr. Klein theilt 2 Fälle von Phimosis congenita mit, wovon der eine ein 7 Wochen altes Kind einer Judenfamilie betraf, an welchem am 8. Tage nach der Geburt die rituelle Circumcision gemacht worden war. Vf. fand die Eichel mit der innern Lamelle der Vorhaut derart bedeckt, dass das Orificium verengert sich seitlich in epispadischer Weise eröffnete, und der Abfluss des Harns bedeutend erschwert wurde. Durch Spaltung der innern Vorhautlamelle bis an ihren hintern Rand wurde die Eichel blosgelegt, und nun zeigte sich das bisher verdeckt gewesene *Orificium urethrae* ganz normal. — In dem 2. Falle, bei einem 13 Wochen alten Kinde, welches seit der Geburt Beschwerden beim Urinlassen hatte, war die innere Lamelle des Präputium mit der Oberfläche der Eichel bis auf eine etwa eine halbe Linie im Durchmesser haltende Kreisfläche vollständig verwachsen. Am rechten Rande derselben deutete eine vertiefte, grieskorngrosse Stelle das verengte Orificium urethrae an. Da die Verengerung nur durch das darüber liegende Präputium bewirkt wurde, so war ein ungefähr 1 Linie tiefer Einschnitt in dasselbe hinreichend, um das Orificium zu erweitern und das Hinderniss der Urinentleerung zu beseitigen. Um die Wiederverwachsung der kleinen Wundlefzen zu verhüten, trennte Verfasser von innen aus das Präputium in der

etwaigen Circumferenz einer grossen Erbse vom Orificium urethrae los, und bedeckte nach der Abtragung des gebildeten Präputiallläppchens, und gestillter Blutung die Wände mit Tannincerat. Nach 14 Tagen sah Vf. den Knaben wieder, ganz geheilt und frei von Urinbeschwerden.

Contracturen der Extremitäten bei Kindern von Raband (L'Union 1855 — Schmidt'sche Jahrbücher 1856.) R. unterscheidet die Contracturen der Extremitäten bei Kindern in symptomatische und idiopathische und theilt erstere in 3 Classen, je nachdem sie durch Krankheiten der Nervencentra und deren Hüllen, oder durch Functionsanomalien, Zahnung oder endlich durch cachectische Zustände bedingt werden. Zu welch' immer für einer Classe gehörig, betreffen sie stets dieselben Muskeln, die *MM. flexor. digit. commun. flex. dig. propr. inteross. palmar,* den *M. oppon. pollic.*, daher im Allgemeinen die Formveränderung eine und dieselbe werden muss; an der obern Extremität constante Beugung der Hand und der Finger, Adduction des Daumens, nur in heftigern Fällen Schliessung der Phalangen, an der untern Extremität Wendung der Fusspitze nach innen, Beugung der Zehen nach der Fusssohle mit Ausnahme der grossen Zehe, welche sich auf die übrigen stützt. Die Therapie lässt nur bei der kachectischen Form durch Kräftigung und bei der acut rheumatischen Form durch Antiphlogose einen Erfolg erwarten.

Santonin. (Prof. Mauthner Ritter v. Mauthstein, Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1856, Nr. 5.) Prof. v. Mauthner macht besonders auf die Eigenthümlichkeiten des Santonin auf die Diurese aufmerksam. Nebst der eigenthümlichen Färbung des Harns, welche beim Gebrauche dieses Mittels nach Dr. Fl. Heller, von Santoneïn, nach Prof. Redtenbacher vom unveränderten Santonin herrühren soll, beobachtete M. als Nachwirkung eine Vermehrung der Harnsecretion, was er als Folge der fast gänzlichen Unlöslichkeit des Santonins im Wasser und der verspäteten Ausscheidung desselben aus dem Organismus betrachtet. Das Intoxications-Phänomen des Gelbsehens beim Santonin-Gebrauche beobachtete M. nur einmal an einem 10jährigen Knaben. Er reicht das Santonin bei Kindern von 3—6 Jahren zu 2—4 Gran, bei älteren auch grössere Gaben, und empfiehlt hiebei die Zeltchenform. Vorzüglich wirksam erweist es sich bei Spulwürmern, weniger bei Madenwürmern, bei *Tänia* hatte es keinen Erfolg.

Sulfas chininae als treffliches Anthelminthum wird angerühmt von Dr. Delvanx (La Presse médicale belge 1855. Avril). D. behauptet dies in Fällen von *Ascaris lumbricoides*, öfters bei *Oxyuris vermicularis*, endlich auch zweimal bei *Tänia solium* erprobt zu haben. Bei *Oxyuris* wurden Klystire mit einer Chinin-Lösung in Anwendung gebracht.

Sulf. Chinin. gegen skrofulöse Augenentzündungen, von Quadri. (Gaz. méd. de Paris.) Q. bestätigt die heilsame Wirkung des *Sulph. Chininae* bei skrofulösen Augenentzündungen, wie sie schon von Mackenzie hervorgehoben wurde. Besonders erspriesslich sei seine Anwendung bei der oft so hartnäckigen skrofulösen Keratitis, indem es die Photophobie vermindert und die Heilung der Geschwüre befördert.

Behandlung der vegetabilischen Parasiten mittelst Spirituosen. (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 7. 1856). Dr. Küchenmeister empfiehlt Wein zur Behandlung der Aphten, Schwämmchen, und räth bei Kindern, denen man das Ausspülen des Mundes nicht überlassen kann, Pinselsäftchen aus Malaga, Rhum, Cognak oder Arak mit wenig Wasser verdünnt, mittelst eines Pinsels auf die kranken Mundtheile täglich mehrmals aufzutragen.

Behandlung der Diphtheritis durch das Mineralwasser von Vichy und durch *Bicarbonas Sodae* (C. Baron. Gaz. méd. de Paris 1856. 63). Der Verfasser, aufmerksam gemacht, dass bei Personen, welche das Wasser von Vichy (Natronsäuerling) durch längere Zeit gebrauchen, das aus der Ader gelassene Blut nicht gerinne, d. h. kein Fibrin ausscheide, liess sich durch diese Beobachtung bestimmen, dasselbe bei membranösen Exsudaten (Diphtheritis) der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle anzuwenden und will damit die glänzendsten Heilungen erzielt haben, wenn der *Larynx* noch frei war. Zur Steigerung der Wirkung räth er noch Bicarb. Sodae zuzusetzen oder dasselbe als das beste Surrogat statt des Wassers zu gebrauchen; wegen der milderen Einwirkung auf die Schleimhäute zieht er dieses Präparat dem einfach kohlensauren Soda und dem kohlensauren Kali vor. — Er reicht das Wasser je nach dem Alter zu 1—2 Flaschen in 24 Stunden; die Flasche hält 3 Gramme Bicarb. Sodae (das Gramme = 13.71 Gran österreich. Gewichtes) und er setzt nach Bedürfniss noch 3 Gramme zu. Die Besserung erfolgt 24—60 Stunden nach Beginn dieser Cur, welche dennoch 3–4 Tage fortzusetzen ist, nur ist es gut, mit der Gabe sparsamer zu sein, um die Verdauung nicht zu stören (Magendrücken und Diarrhöe ist ihm nur selten als Folge vorgekommen). — Gegenangezeigt ist diese Behandlung bei cachectischer Grundlage der Krankheit und bei grosser Neiguug zu Blutungen. Diese würden dadurch nur vermehrt werden. Im Spitale benützte er zu Zeiten, wo diphtheritische Prozesse häufig vorkommen, dieses Mittel als Präservativ mit gutem Erfolge, indem er Kinder von 18 Monaten bis 3 Jahren binnen 24 Stunden 1 Glas, Kinder von 3—4 Jahren 1½ Glas etc. auf zwei bis drei Mal reichen liess.

Chlorwasser gegen Durchfälle. (Med. Ztg. Russl. 2. 1856.) Dr. Gutteit sah von der Anwendung des Chlorwassers bei chronischen sowohl, als auch acuten Durchfällen (besonders *Diarrhoea ablactatorum* und Choleradurchfall) die besten Erfolge. Um den erstickenden Chlorgeruch zu verdecken, wendet er bei Kindern folgende Mischung an: *Aq. chlor.* ʒj., *Pulv. salep.* gr. X., *Aq. dest.* ℥j., stündlich 1 Theelöffel. Zur Verhütung der Zersetzung muss die Mischung kühl gehalten und vor dem Sonnenlichte geschützt werden.

Salpetersaures Silber bei Angina scarlatinosa, von Dr. Macfarlan. (New-York. Journ. — Schmidt'sche Jahrbücher 1855.) Die Aetzung der Tonsillen mit Höllenstein, welche bisher nur bei drohender Suffocation in den spätern Stadien des Scharlachs angewandt wurde, versuchte Verfasser gleich im Beginne der Krankheit und will damit in allen Fällen die Entzündung so coupirt haben, dass weder eine weitere Ausbreitung derselben, noch Suppuration oder Exulceration eintrat.

Glycerin bei Hautkrankheiten. Devergie (Bull. de Thérap. Mars 30 1856) findet den therapeutischen Werth des Glycerin bei Hautkrankheiten viel zu hoch angeschlagen. Abgesehen davon, dass es schwierig, fast unmöglich ist, ein vollkommen reines Präparat zu erhalten, und dass die damit beschmutzte Wäsche mühsam mit Lauge ausgewaschen werden muss, sprechen die vom Verfasser gemachten therapeut. Erfahrungen wenig zu Gunsten desselben. Bei acuten Eczemen bewirkte es nicht selten Reizung, Vermehrung der Secretion der eczematösen Fläche und Recrudescenz; bei allen erzeugte es das Gefühl von Wärme und Jucken. Alte Eczeme wurden durch die Reizung etwas gebessert; *Lichen eczematosus* und Ecthyma wurden stark gereizt; bei Pemphigus wurde einmal Besserung, aber keine Heilung beobachtet. Gegen chron. Psoriasis leistete es nichts; bei der acuten Psoriasis in der Abnahme so viel

wie Fett. Bei *Rhypia syphil.* mit *Gangraen. nosocomial.* soll es unerträgliche Schmerzen verursacht haben.

— Sére berichtet im (Journ. de Toul. Mars 1856) über mehrere Fälle von Prurigo, welche von ihm mittelst Glycerin mit gutem Erfolge behandelt worden waren.

Sublimatcollodium bei Blattern. (Bull. de Thérap. Janv. 1856.) Dr. Aran zieht das Sublimatcollodium, welches er durch eine Lösung von 1,50 Grm. Sublim. in 100 Grm. einfachen Collodiums bereitet, bei Blattern in Anwendung, um den Uebergang der Eruption in Eiterung zu verhüten. Dies soll desto sicherer erreicht werden, je früher man die Application vornimmt, nur räth A. wegen der Anfangs stets eintretenden Hautschwellung, am ersten Tage nur eine dünne Schichte Collodium aufzutragen, und besonders die Lippen, Wangen und Augenlider erst nach einigen Tagen mit dem Pinsel zu bestreichen.

Pflanzensäuren gegen Mercurialcachexie. Verdier wendete in einem Falle von höchst ausgebildeter Mercurialcachexie mit günstigem Erfolge eine stark mit Essig versetzte Gummimixtur, Citronen- und Orangensaft, Stachelbeergelée und Sauerampfer nebst einem ernährenden Regime an. Nach einem Monate waren sowohl alle Krankheitssymptome beseitigt, als auch die Verdauung und der Kräftezustand des Patienten gebessert.

Compression gegen Hydrocephalus chronicus. (Lund. The Dublin quart. Journ.) Die Compression wurde nach Bauders Methode vermittelst Heftpflaster bewerkstelligt, und schon nach 3 Monaten zeigte sich bei der Abnahme des Verbandes eine bedeutende Verminderung des Schädelumfanges. Durch einen zweiten derartigen Verband wurde der Kopf binnen zwei Monaten zu seiner normalen Grösse und Form zurückgeführt. Beunruhigende Symptome hatten sich weder während der Behandlung noch später gezeigt.

Methodische Compression gegen Paraphimosis. (Oesterr. Zeitschrift f. Kinderheilkunde. 4. 1856.) Dr. Bókai wandte die methodische Compression gegen Paraphimosis wie sie von Prof. Balassa in Pest angeregt wurde, seither bei allen im Kinderspitale vorgekommenen Fällen mit dem günstigsten Erfolge an, und empfiehlt daher deren Anwendung in der Kinderpraxis. Die Anwendungsweise ist folgende: Nach erfolgter Reinigung und Abtrocknung des Gliedes wird ein ungefähr 3‴ breiter Heftpflasterstreifen der Länge nach von der Mitte der untern Fläche über die etwas nach vorne gezogene gewulstete Vorhaut mit Ausweichung der Harnröhrenmündung über die Eichel und die obere Fläche des Gliedes bis zur Mitte desselben gelegt; auf gleiche Weise wird ein ähnlicher Streifen von der einen Seite des Gliedes über die Eichel zur andern geführt, und kann bei grössern Knaben noch ein 3., 4. Streifen so angelegt werden. Hierauf wird ein 3—4‴ breiter und — je nach der Dicke des Gliedes — 6—8″ langer Heftpflasterstreifen hinter der Harnröhrenmündung an die Eichel angelegt und über Eichel und Vorhaut in sich halb deckenden und fest anliegenden Zirkeltouren, bis zur Mitte des Gliedes geführt. Der Sicherheit halber kann über diesen Streifen noch ein zweiter angelegt werden. Dieser Verband wird selbst von den unruhigsten Kindern gut vertragen und bewirkt schon in den ersten 24 Stunden eine Abnahme der Geschwulst, so dass man den locker gewordenen Verband erneuern muss. In den nächsten 24 Stunden nimmt die Vorhaut entweder von selbst, oder mit geringer schmerzloser Nachhilfe ihre normale Lage an. — Vor der von Boyer empfohlenen continuirlichen Compression mittelst schmaler Rollbinden hat diese Methode den Vorzug, dass sie leichter anzuwenden ist und sicherer haftet.

Behandlung der Hydrocele bei Neugebornen und Säuglingen. (Oest. Zeitschrift für Kinderheilkunde 1855.) Prof. Linhart empfiehlt als Radicalmittel die subcutane Durchschneidung des Scheidenfortsatzes mit einem feinen concavschneidigen Tenotome. Hiebei wird das Scrotum in eine Falte erhoben, das Tenotom in dieselbe eingestochen und zwischen Scrotalhaut und dem serösen Sacke eine Strecke weit fortgeführt und dann dem Scheidenfortsatze ein etwa 1—1½" langer Schnitt beigebracht. Die nächste Folge ist ein *Oedema scroti*, welches aber bald verschwindet, während sich der *Processus vaginalis* schliesst. Den resorbirenden Mitteln schreibt L. keinen Nutzen zu, die Compression könne Hoden und Samenstrang gefährden und die Injection adstringirender Substanzen sei unbedingt verwerflich, da leicht gefährliche Bauchfellentzündung hervorgerufen werden könne, während die Punction nur ein Palliativmittel sei, indem sie nichts zur Schliessung der Höhle beitrage. (Schmidt'sche Jahrbücher 1856.)

Behandlung der Knochenbrüche bei Kindern in den ersten Lebensjahren, von Prof. Cessner. (Oest. Zeitschrift für Kinderheilkunde.) Nach den Beobachtungen des Verfassers verdienen bei der Behandlung der Knochenbrüche der Kinder in den ersten Jahren die unverrückbaren Verbände den Vorzug vor allen andern, und zwar sowohl wegen des Nutzens, welchen dieselben für die Pflege der Kinder gewähren, als auch weil die Beschaffenheit der meisten in diesem Alter vorkommenden Knochenbrüche an den Extremitäten die Anlegung der unverrückbaren Verbände rechtfertigt. In letzterer Hinsicht fand nämlich der Verfasser, dass bei der grossen Mehrzahl der Fälle die Verschiebung keine sehr bedeutende, meist nur eine Winkelstellung der Bruchenden zu einander bildende und die Geschwulst der Weichtheile eine geringe sei; Crepitation sei selten zu bemerken, und manchmal bestehe blos eine Knickung des Knochens, also ein unvollständiger Bruch. Zwei zur Section gekommene Fälle zeigten quere Richtung des Bruches, während die Bruchflächen mit langen Zähnen zickzackförmig ineinander griffen, und bewiesen, dass Knochenbrüche bei kleinen Kindern trotz des Hinzutretens tödtlicher innerer Krankheiten rasch der Consolidation zuschreiten. — Unter den sogenannten unverrückbaren Verbänden ist es aber besonders der Gypsverband von Dr. Mathysen, welcher die meisten Vortheile gewährt, indem er schnell erstarrt, durch die Ausleerungen der Kinder nicht erweicht wird und selbst durch seine Schwere die Extremität in der gegebenen Lagerung erhält. Als Bindenstoff eignet sich besonders Calico. Um dem Uebelstande des Zuweitwerdens des Verbandes nach erfolgter Abschwellung des Gliedes zu begegnen, räth der Verfasser, den Verband entweder schon ursprünglich in zwei beweglichen Klappen anzulegen, oder so zu construiren, dass er an beiden Seiten der Länge nach leicht aufgeschnitten werden kann. Die Klappenform fand der Verfasser nicht für alle Gliedmassen passend, wohl aber entsprach folgende Construction: die gebrochene Gliedmasse wurde mit gegypsten Calico-Rollbinden in sich wenig deckenden Touren bedeckt, hierauf längs der innern und äussern Fläche dieser ersten Schichte ein schmales Band oder ein runder Docht von Wolle in Oehl getränkt angelegt und von einem Gehilfen so fest gehalten, und darüber eine zweite Schichte von Calico-Rollbinden geführt. Reichte dies zur erforderlichen Festigkeit nicht hin, so wurden über der zweiten Schichte zwei andere öhlgetränkte Bänder oder Dochte möglichst in der Richtung der ersteren angelegt und das Ganze mit einer dritten Bindenlage geschlossen. Diese eingelegten Bänder verhinderten das Zusammenkleben der einzelnen Schichten, und da auf die Stellen, wo die Bänder lagen, kein Gypsbrei aufgetragen wurde, so konnte der Verband längs der von den Bändern bezeichneten Richtung später leicht auf-

geschnitten und aufs Neue dem Umfange des Gliedes angepasst werden. Auf diese Weise wurden vom Verfasser binnen zwei Jahren 21 Knochenbrüche bei Kindern, darunter 3 Brüche des Oberarmbeines, 1 Bruch des Vorderarmes, 15 Brüche des Oberschenkels, 1 Bruch des Unterschenkels und 1 Bruch des Schienbeines behandelt.

Ein Hängemattengestell für Säuglinge gibt Dr. Henriette in Brüssel im Journal de Bruxelles 1855 an (Schmidt'sche Jahrbücher 1856). Dasselbe besteht aus 2 länglich viereckigen eisernen Rahmen und 4 Stützen aus Rundeisen, wovon die hintern um 0.10 Meter höher als die vordern, so dass der obere Rahmen eine Neigung von 7—8 Grad gegen den Horizont bekommt. Dieser letztere ist mit starker Leinwand in der Weise umnäht, dass ein 0.02 Meter breiter Streif der letzteren nach innen vorsteht. Der freie Rand desselben ist seiner ganzen Länge nach mit Schnürlöchern versehen, und dient so zum Einspannen einer entsprechend grossen Leinwand, an deren Saume sich ähnliche Schnürlöcher befinden. Diese darf weder zu sehr gespannt werden, noch Falten bilden, um sich als Lagerstätte für das Kind zu eignen. Vervollkommnet könne der Apparat werden durch ein bewegliches Bügeldach am Kopfende, um grelles Licht abzuhalten. Die Vorzüge dieses Hängemattengestelles bestehen nach der Ansicht des Verfassers darin, dass es die dem kindlichen Alter angemessenste Lagerung biete, die geistige Entwicklung befördere, oder wenigstens nicht hemme, die körperliche Gesundheit unterstütze, die Beaufsichtigung des Kindes erleichtere, eine bessere Luft im Zimmer zu erhalten beitrage, viele Nachtheile der bisherigen Lagerungsweise vermeide, weit weniger die Ansammlung von Ungeziefer begünstige, und endlich seiner Wohlfeilheit wegen auch von Unbemittelten angeschafft werden könne.



Der Abdominal-Typhus der Kinder.

Von Dr. **Edmund Friedrich**,
prakt. Arzte in Dresden.

Dresden 1856. Verlag von Adler & Dietze.

(Besprochen von Dr. *Schuller*.)

Das vorliegende 102 Seiten umfassende Schriftchen ist eine sorgfältige und klare Zusammenstellung des in grösseren Werken und Zeitschriften zerstreuten Materials einer Krankheit, deren Diagnose bei Kindern in den ersten Lebensjahren dem gewissenhaften Diagnostiker so viele Schwierigkeiten macht.

Trotz dem der Autor in den 102 Seiten meines Wissens nichts Neues geboten, so hat er doch die ursprüngliche Aufgabe in so weit erfüllt, dass der praktische Arzt sich in einigen Stunden über den neuesten Standpunkt, den die Forschung und Erfahrung im Typhus der Kinder einnimmt, unterrichten kann.

Die Statistik, die auf 275 Fälle — während eines 21jährigen Zeitraums beobachtet — basirt ist, beutet diese Zahlen nach jedmöglicher Richtung aus, und die Resultate derselben werden mit denen Löschners und Friedlebens zusammengehalten.

Die Resultate fremder und eigener Beobachtung fasst Dr. F. unter 17 präcis hingestellte Punkte zusammen, die wir auszugsweise zum Nutzen unserer Leser hier wiedergeben:

1. Der bald sporadisch, bald epidemisch auftretende Abdominaltyphus der Kinder ist keine seltene Krankheit (275 unter 16,084 Kranken = 1 : $58^{134}/_{275}$).

2. und 3. Er befällt häufiger Knaben als Mädchen (149 K. 126 M. = 275.) Die Sterblichkeit ist bei Ersteren geringer (15 K. 16 M. = 31), das Mortalitätspercent ist bei Kindern geringer als bei Erwachsenen (31 : 275 = 1 : 8 $^{27}/_{31}$). *)

4. Welchen Einfluss die Jahreszeiten auf Erkrankungs- und Mortalitätspercent des Typhus haben, ist noch nicht endgiltig festzustellen.

5. Die Häufigkeitsscala der Erkrankung und Sterblichkeit nach dem Alter:

Erkrankung:	Sterblichkeit:
Säuglingsalter selten	Vom 1.—4. Jahre die grösste.
Von 2—6 Jahren häufiger	
„ 6—11 „ am häufigsten,	
„ 11—15 „ abnehmend.	

*) Bei Erwachsenen zwischen 24 und 29 p. c. Siehe Berichte des k. k. Wiener allg. Krankenhauses vom Jahre 1854 und 1855. Anmerkung des Ref.

6. Die Knaben starben früher als die Mädchen, was den Beweis dafür liefert, dass jene den intensiveren Krankheitsformen anheimfallen.

7. Scharlach und Typhus schliessen sich in so weit aus, dass beim epidemischen Herrschen der einen Krankheit die andere verschwindet, oder nur vereinzelt auftritt.

8. Manche Typhusepidemien in kleineren Kreisen befallen fast nur Kinder.

9. Zu den constanten pathologischen Veränderungen gehört der Milztumor, die anderen schwanken eben so wie bei Erwachsenen. Selten ist bei Kindern das Typhusgeschwür und dessen Verschorfung, das nur in einzelne Follikel der Peyer'schen Plaques gesetzte Product wird resorbirt, oder was häufiger ist, der Follikel berstet in den Darmcanal, und kehrt ohne Narbenbildung zur Norm zurück. Geschwüre an der Trachea etc. sind sehr selten.

10. Die ätiologischen Momente sind, mit Ausnahme psychischer Einflüsse, denen bei Erwachsenen gleich. Skrofulose scheint kein begünstigendes Moment abzugeben.

11. Die Symptomengruppe ist in ihrer Wesenheit gleich der bei den Erwachsenen. Selten sind bei Kindern Darmblutungen und Schüttelfröste, die bei Erwachsenen in den Beginn der Krankheit fallen. Die Erscheinungen von Seite des Nervensystems sind häufig aber weniger intensiv. Die Störungen der Motilität sind selten. Das Knötchen-Exanthem ist seltener als das Fleckenexanthem.

12. Der Abdominaltyphus der Kinder ist meist ein gelinder, die Dauer ist verschieden lang, die Recidive selten.

13. Einzelne Complicationen als Parotitis, Phlebitis, Hämorrhagien sind bei andern ungleich seltener. In der Reconvalescenz treten manchesmal Masern und Variolen auf.

14. Die Reconvalescenz ist eine schnellere, da manche Nachkrankheiten der Erwachsenen als: Tuberculose, Gangrän, Darmverschwärung etc. bei Kindern selten sind.

15. Die Diagnose wird gesichert durch die Milzanschwellung der Fleckenexantheme und die übrigen bei Erwachsenen zu beobachtenden Erscheinungen.

16. Die Prognose richtet sich nach den in den früheren Punkten erwähnten Eigenthümlichkeiten dieser Krankheit bei Kindern, und nach den jeweiligen Umständen, die bei Erwachsenen in die Wagschale fallen.

17. Die Therapie ist bei Kindern die möglichst einfache. Coupiren lässt sich die Krankheit nicht. Mitteldosen von Calomel vom 5.—8. Tage der Krankheit gereicht, haben einen entschieden günstigen Einfluss auf den Verlauf. Man muss frühzeitig die Kranken entsprechend ernähren.



Inhalt.



Jahrbuch

für

Kinderheilkunde

und

physische Erziehung.

II. Heft.

Dr. Fr. Mayr,
Primararzt des St. Josef-Kinderspitales in Wien,
Haupt-Redacteur.

Dr. L. M. Politzer,
Director des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes.

Dr. M. Schuller,
emer. Secundararzt der Wiener k. k. Findel-Anstalt.

Mitredacteure.

Wien, 1857.

Druck und Verlag der typografisch-literarisch-artistischen Anstalt.
(L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.)

Original-Aufsätze.

Zur Pathologie und Therapie einiger der wichtigsten Dickdarmkrankheiten im kindlichen Alter.

Von Prof. Dr. **Clar** in Gratz.

Da dieses Jahrbuch nicht allein für den Kinderarzt im engeren Sinne, sondern auch und zwar ganz besonders für den praktischen Arzt im Allgemeinen bestimmt ist; so mag auch manches darin seine Stelle finden, welches die Pflege der Pädiatrik im Allgemeinen fördern hilft, ohne geradezu neu zu sein. Wir rechnen hierher besonders die bessere Erkenntniss und Behandlung derjenigen Krankheiten, welche häufiger vorkommen, welche aber dennoch dem mit Kinderkrankheiten weniger beschäftigten praktischen Arzte bisweilen einige Schwierigkeiten bereiten. Die Krankheiten des Dickdarms, in der Regel nicht eben schwer zu erkennen, und nach richtiger Erkenntniss (da örtliche Mittel zulässig,) auch nicht besonders schwer zu behandeln, dürften in vorerwähnter Hinsicht einer ausführlicheren Besprechung nicht unwürdig sein. Die temporäre Lähmung des Blinddarms mit ihren so oft lethalen Folgen, die Spasmen und Enteralgien des Dickdarms im Kindesalter, der Catarrh und die Follikular-Verschwärung des Dickdarms, der dysenterische Process, der Mastdarmvorfall der Kinder, die Parasiten des Dickdarms u. s. w. bieten uns eben so viele wichtige Gegenstände zur Besprechung vom praktischen Standpunkte dar.

Ehe wir jedoch unseren Vorsatz weiter verfolgen, möge es gegönnt sein, über die für die zweckmässige Behandlung der Dickdarm-Krankheiten so wichtige Injection in den Dickdarm, das Clysma, einige Worte vorauszuschicken.

Ueber das Clysma in der Kinderpraxis.

Die Wichtigkeit entsprechender Injectionen in den Dickdarm wird wohl von keinem erfahrenen Arzte verkannt. Dennoch sehen wir dieselben, mit Ausnahme der gewöhnlichen, bisweilen wieder zu reichlich applicirten Hebammen-Klystire der Neugebornen, wie in der allgemeinen Praxis, ebenso in der Kinderpraxis vorzüglich in der Weise vernachlässigt, dass man sehr oft statt ihrer schon bei mässigen Verstopfungen und bei vielen so wichtigen Erkrankungen des Dickdarmes, wo man durch sie die kräftigsten Medikamente zu dem Sitze der Erkrankung führen kann, lieber zu inneren, langsam wirkenden und für den übrigen Organismus durchaus nicht gleichgiltigen Medicamenten greift, wo man

doch auf kürzerem, und für den übrigen Organismus ganz unschädlichem Wege zum Ziele gekommen wäre.

Diese wenigen Zeilen sollen nur (namentlich jüngere Aerzte) darauf aufmerksam machen, dass das Klystir, wenn in der Praxis überhaupt, so ganz besonders in der Kinderpraxis ihnen ein Heilmittel abgeben könne, welches, unter den entsprechenden Anzeigen angewendet, schnelle und sichere Hilfe zu gewähren, oder doch wenigstens die schnellste Erleichterung zu bringen im Stande sei.

Wir werden dringend und stürmisch zu einem Kinde gerufen, welches unter einem heftigen Fraisen-Anfalle anscheinend mit dem Tode ringt, wir kennen die Ursache noch nicht, welche den Fraisen zu Grunde liegt, auch ist keine Zeit und Möglichkeit, weder zu einem ausführlicheren Kranken-Examen, noch zur Anwendung innerer Medikamente gegeben. Ein Klystir von warmem Wasser mit etwas Salz würde vielleicht den Anfall beschwichtigen, aber die Mutter des Kindes und keiner der übrigen Hausgenossen kann mit Klystiren umgehen, und die Hebamme wohnt weit weg, ist auch wohl nicht zu Hause; da möchte der Arzt gerne selbst Aushilfe leisten, allein es ist im ganzen Hause und in nächster Nachbarschaft keine Klystirspritze aufzutreiben. Es bleibt also nichts Anderes übrig, als eben nur das anzuordnen, was im Momente möglich ist, und das vorläufig Unmögliche wenigstens zur schleunigen Ausführung anzuempfehlen.

Eben so dringend werden wir nicht selten zu einem Kinde gerufen, welches an einem heftigen Kolik-Anfalle leidet, und bei vollstem Bewusstsein ein so durchdringendes Geschrei ausstösst, dass die Angehörigen, ganz dem Schrecken und der Rathlosigkeit hingegeben, glauben, das Kind sei lebensgefährlich durch eine innere Verletzung erkrankt. Ein Chamillen-Klystir mit Oel würde vielleicht den Kolik-Anfall beschwichtigen, aber welche Zeit braucht es, ehe das Instrument und ein geübtes Individuum gefunden ist.

Heftiger Wurmreiz von Madenwürmern im Mastdarme, Hirncongestionen mit Trägheit der Stuhlentleerung, habituelle und vorübergehende Trägheit des Darmcanals, besonders des Blinddarms, Darmblutungen, profuse Diarrhöen, der dysenterische Process, und eine nicht unbedeutende Anzahl anderer Krankheitsformen indiciren nicht selten mehr weniger dringend die Anwendung eines einfachen oder entsprechend zusammengesetzten Klystires, und doch wird in der Regel nur wenig Gebrauch davon gemacht. Es ist also einerseits die Unbehilflichkeit des Publicums Ursache, dass der Arzt seltener auf die Anwendung von Darm-Injectionen dringt, andererseits wieder übt sich das Publicum weniger, weil der Arzt seltener darauf dringt; so bewegen wir uns, wie so oft im Leben, auch hier in einem Kreise, und kommen nicht weiter.

Obwohl jedem praktisch gebildeten Arzte die Anzeigen zur Anwendung von Darm-Injectionen, wenn er überhaupt dieses Mittel in seiner Wichtigkeit erkannt hat, keine Schwierigkeiten bereiten können, so sind sie denn doch im Allgemeinen eben wegen der selteneren Anwendung, besonders dem jüngeren Arzte nicht so geläufig, und es dürfte nicht überflüssig erscheinen, hier in kurzer Uebersicht die vorzüglichsten Indicationen zusammen zu fassen, welche namentlich vom praktischen Standpunkte die Anwendung dieses Heilmittels dringend fordern.

Wir beabsichtigen bei der Anwendung eines Klystires entweder eine Einwirkung

a) auf den Darminhalt, oder
b) auf die erkrankten Darmwandungen, oder
c) mittelst der (wenn auch nicht erkrankten) Darmwandungen auf den übrigen Organismus.

In ersterer Beziehung, nämlich um auf den Darminhalt zu wirken, geben die Menge und Art der angesammelten Stoffe, ob es blos reichlicher angesammelte consistentere Fäces, oder fremde Körper, oder Entozoën sind, Veranlassung zu verschiedenen einfachen und zusammengesetzten Injectionen.

Wir haben daher in dieser Beziehung auflösende, oder einhüllende, oder wurmwidrige Klystire, bei welchen die Ausleerung und Befreiung des Darmcanals von schädlichen Stoffen als weitere Folge der Injectionen von selbst verstanden wird. Haben wir es blos mit der Auflösung stockender und indurirter Fäces zu thun, so genügt wohl meist warmes Wasser mit etwas Zucker und Oel, in hartnäckigeren Fällen mit etwas Seife oder Salz, selbst mit einem *Infusum Rhei*, *Sennae* oder *Jalappae,* und statt des gewöhnlichen Oeles mit etwas Ricinusöl versetzt. Sie sind nach Umständen blos ein Mal oder wiederholt anzuwenden, je nachdem der Erfolg entspricht, je nachdem die Entleerung der Fäces bis zur Cöcal-Klappe hinauf mehr oder weniger dringend erscheint. Wie viel von solchen Klystiren bisweilen abhängt, wird der am besten zu beurtheilen im Stande sein, welcher nur ein Mal eine bevorstehende Lähmung des Blinddarmes, gegen welche vielleicht schon so manches andere versucht wurde, mit methodisch angewendeten Darm-Injectionen zu behandeln und zu heilen in der Lage war. Dass bei gleichzeitiger *Hyperästhesie, Hyperämie*, oder wohl gar Entzündung des Darmcanals, eine entsprechende Wahl unter den einhüllenden Mitteln getroffen werden müsse, wozu concentrirte Emulsionen, selbst reines Oel, schleimige Decocte von *Radix Althaeae*, *Seminum Lini* etc. sich eignen, versteht sich wohl von selbst. Eben so wenn fremde Körper, welche die Darmwandungen reizen, wie Pflaumenkerne, Schieferstifte, Münzen und andere Gegenstände verschluckt worden sind.

Klystire zur Tödtung und Abtreibung der den Dickdarm bewohnenden Entozoën (namentlich der Maden- und Peitschenwürmer) verlangen, wenn das als Volksmittel gebräuchliche Knoblauch-Decoct etwa schon fruchtlos angewendet worden wäre, ein *Infusum Semin. Santonici, Absinthii, Tanaceti* als Zugabe oder allein, Emulsionen von *Assa fötida* u. dgl.

Wenn wir eine Einwirkung auf die erkrankten Darmwandungen beabsichtigen, so ist wohl ersichtlich, dass nach vollkommen gesicherter Diagnose alle diejenigen Mittel, welche wir bei den verschiedenen Erkrankungen der Schleimhaut des Mundes, der Bindehaut der Augen u. s. w., als nützlich erkannt haben, auch hier ihre Anwendung finden können, jedoch mit der Vorsicht, dass wir dabei die sogenannten Heroen bei der nothwendigen grösseren Quantität der Injectionsmasse auf eine so ausgebreitete Fläche, deren Venen überdies noch manche Stoffe mit grosser Begierde aufnehmen und dem Kreislaufe zuführen, nur in grösseren Verdünnungen geben. Wir werden daher in der erfolgreichen Behandlung der *Ophthalmia neonatorum,* der *Stomatitis crouposa*, der *Angina catarrhalis* und *crouposa,* der acuten und chronischen Augencatarrhe, der Mund- und Nasenblutungen und vieler anderer Krankheiten auch Analogien finden für die Therapie, welche wir bei *Colitis crouposa*, bei Dysenterie, bei catarrhalischen Diarrhöen, bei Follicular-Verschwärungen, bei Darmblutungen u. dgl. anwenden können, und werden uns, wenn wir solche Analogien mit Vorsicht zum Leitfaden nehmen, sehr oft in hohem Grade befriedigt finden. Wir werden unter Umständen laue, einhüllende, besänftigende Klystire, bisweilen wieder kalte, selbst Eisklystire verordnen, Lösungen von Silber-Salpeter, von Alaun, von Tannin, von Zink-Sulfat in vorsichtig bemessener Gabe; wir werden antiphlogistisch, adstringirend, blutstillend, anregend, stärkend u. s. w. in Krankheiten wirken, welche gemessene Anforderungen für entsprechende Klystire

stellen, ohne sich bisher dieses Heilmittels erfreut zu haben, kurz wir werden auch bezüglich der zweckmässigsten Behandlung der Darmkrankheiten (welche namentlich im Kindesalter so häufig vorkommen), dort wo es möglich ist, gleich wie wir es schon bei so vielen Hautkrankheiten, bei Augenkrankheiten, bei Harnröhrenkrankheiten u. s. w. thun, die örtliche Behandlung einer allgemeinen oder inneren (aus der Ferne her wirkenden) vorziehen; und nicht, wie es früher so häufig geschah, über der inneren und allgemeinen die örtliche vergessen; wir werden dadurch sehr oft im Stande sein, den Krankheitsverlauf bedeutend abzukürzen, und ihn nicht mehr, wie so oft früher geschehen, bei grosser Rathlosigkeit in unendliche Länge ziehen.

Es würde zu weit führen, und dem klinisch gebildeten Arzte gegenüber ist es auch nicht nothwendig, sich weiter im Gebiete der speziellen Pathologie und Therapie zu ergehen, und eine grosse Anzahl hieher gehöriger Beispiele anzuführen.

Was endlich diejenigen Klystire anbelangt, mittelst welchen ableitend, antispasmodisch, ernährend, antiseptisch u. s. w., auf den übrigen Organismus gewirkt werden kann, so ist die Zahl der Krankheiten, welche ihre Anwendung nicht blos zulassen, sondern bisweilen dringend fordern, ebenfalls nicht unbedeutend, nur muss auch hier mit grosser Vorsicht verfahren werden.

Es mögen diese wenigen Worte für jetzt genügen, um wenigstens von meinem Standpunkte aus etwas zur besseren Würdigung dieser so sehr vernachlässigten Heilform beigetragen zu haben, indem ich mir Ausführlicheres für die Zukunft vorbehalte.

I. Die temporäre Lähmung des Blinddarms.

Der blindsackige Anfang des Dickdarms, welcher mittels lockeren Zellstoffes an die rechte *Fascia iliaca* angeheftet, durch die *Ileo-coecal*-Klappe vom *Ileum* geschieden, mit einem drüsenreichen wurmförmigen Anhange und vielen solitären Follikeln versehen ist, in welchem der Darm-Inhalt länger als in dem übrigen Darme zu verweilen pflegt, und in welchem die eigentliche Kothbildung bei Entwicklung übelriechender Gase beginnt, wird besonders bei allgemeiner Trägheit der Darmbewegung, mit Anhäufung harter Kothmassen, besonders von Obstkernen, dann aber auch in Folge von heftigen Kolikanfällen, an welchen besonders unzweckmässig genährte Kinder so häufig leiden, ja selbst nach excessiven Diarrhöen in einen lähmungsartigen Zustand versetzt, welcher in seinen weiteren Folgen die höchste Gefahr mit sich bringt. Die übermässige Ausdehnung und Zerrung der Darmwandungen durch den fort und fort sich vermehrenden Inhalt, die Zerrung des betreffenden Bauchfellüberzuges, so wie der behinderte Nerveneinfluss liefern einestheils die Bedingungen zur Entzündung, anderntheils zur Ertödtung und zum Zerfalle der Gewebe. Dasselbe kann im Wurmfortsatze geschehen, weshalb auch in neuerer Zeit, nach sorgfältigerer Pflege der pathologischen Anatomie, die *Typhlitis*, die *Perityphlitis*, die *Helmintho-Thyphlitis* ihre wohlverdiente Würdigung fanden. Wir müssen aber diese Entzündungs-

formen als häufige Folgen der localen Darmparalyse annehmen, weil es eben die Sistirung der Thätigkeit der Darmwandungen ist, welche alle üblen Folgen bedingt.

Die Erscheinungen der beginnenden Blinddarm-Lähmung sind: Aufgetriebenheit der rechten *regio iliaca* bei gedämpfter oder tympanitischer Percussion, und je nachdem das Peritonäum mehr oder weniger betheiligt ist, umschriebene Schmerzhaftigkeit, gleich einer circumscripten Peritonitis, dabei Stuhlverstopfung und der Kolik ähnliche Zufälle, Erbrechen, überhaupt Umsetzung der peristaltischen Bewegung, bis zum wahren Ileus sich steigernd, bisweilen selbst Diarrhöen aus der weiter abwärts gelegenen Darmröhre, welche mehr als Reactions-Erscheinungen der noch thätigen Darmparthie zu betrachten sind. In weiterer Folge, wenn nicht etwa durch die Thätigkeit der Natur und die Wirkung eines geeigneten Heilverfahrens die gelähmte Darmparthie wieder zur normalen Thätigkeit zurückgeführt wird, erfolgt wirklich Ertödtung und Zerfall der Darmwandungen (und zwar ebenso des Blinddarms, wie des Wurmfortsatzes), Entleerung der Fäces in den Bauchfellsack und die ominösen Erscheinungen einer Peritonitis durch Darm-Perforation. Selbst bei diesem meist lethalen Ausgange der Lähmung des Blinddarms oder seines Wurmfortsatzes kann aber, wenn die Zerstörung der Darmwand nicht zu rasch und umfangreich, durch ein circumscriptes Bauchfellexsudat ein Damm gesetzt werden, und entweder scheinbare Heilung für kürzere oder längere Zeit, oder gänzliche Heilung erfolgen.

Die Anzeigen, welche die nicht schwere und mit voller Sicherheit zu stellende Diagnose einer Blinddarm-Lähmung zu berücksichtigen gebietet, sind nach dem Grade und nach der Dauer derselben verschieden.

Im Beginne und bei mässigem Grade derselben genügen einige kräftige Gaben Ricinusöl mit Suppe genommen, wo dieses nicht beizubringen, einige Gaben von Calomel, allein oder nach Umständen mit Jalappa oder Gummigutt. Nie versäume man aber einige Zeit nach der innerlichen Einverleibung entsprechende auflösende Klystire zu verabreichen, welche zu wiederholten Malen, und so lange angewendet werden müssen, bis die Erscheinungen der Behinderung der Blinddarm-Function verschwunden sind. Einfache Klystire von Kleienabkochung mit etwas Oel, später bei auffallender Trägheit des Darmcanals Seifenklystire mit Ricinusöl dürften am besten entsprechen. Bisweilen geschieht es aber, dass ausser den örtlichen Erscheinungen der Blinddarm-Lähmung noch heftige Koliken zugegen sind, welche eine mässige Zugabe von *Tinct. Opii* oder *Tinct. Belladonnae* erheischen. Bei deutlicher gleichzeitiger *Peritonitis circumscripta* sind Blutegel und Cataplasmen, bei fortwährender Steigerung derselben selbst Eisumschläge auf die *Ileo-*

coecal-Gegend, jedoch mit der Vorsicht des allmäligen Ueberganges von der Wärme zur Kälte anzuwenden, indem bei mässigen Exsudationen die feuchte Wärme die Aufsaugung des Exsudates begünstigt, bei intensiverer Entzündung aber durch die Kälte die fortgesetzte Exsudation zum Stillstande gebracht werden soll. Mancherlei innere und äussere Mittel, wie das *Unguentum Hydrargyri cinereum*, bisweilen mit Opium oder *Oleum Hyoscyami*, Emulsionen, andere entsprechend zubereitete Klystire u. s. w. werden bei hartnäckigen Fällen dieser Art noch versucht werden müssen, wenn es gelingen soll, die normale Function des Blinddarmes wieder herzustellen.

Die Befreiung des Blinddarmes und seines Wurmfortsatzes von dem lähmenden Drucke, welchen sein Inhalt erzeugt, ist also die Hauptaufgabe, um den gefährlichen Folgen vorzubeugen, und sind sie schon zugegen, so bleibt trotzdem diese Anzeige noch aufrecht, weil eben die Folgen nicht zu beseitigen, so lange die Ursache noch fortwirkt. Dass zu diesem Zwecke die methodisch angewendeten Klystire das beste Mittel, ist ersichtlich, weil über dem erweichten Inhalte der Blindsak seine Function wieder leichter aufzunehmen im Stande sein wird, besonders wenn die peristaltische Bewegung zugleich durch entsprechende Mittel von oben angeregt, und die Lösung der angesammelten Massen begünstigt wird.

Ich hatte in letzterer Zeit Gelegenheit, einige Fälle zu beobachten, welche mir den deutlichen Beweis zu liefern schienen, dass eben die Paralysirung der Muskelschicht des Blinddarms es vorzüglich sei, welche die übeln Folgen bedinge. So fand sich in einem Falle, nachdem eine sehr kräftige Mahnung und Drang zur Stuhlentleerung unterdrückt worden war, das Gefühl von Schwere und Kälte in der rechten *Ileo-coecal*-Gegend ein, welcher sofort allgemeine Reactions-Erscheinungen und Perityphlitis folgten; in einem zweiten Falle waren ziemlich anhaltende Diarrhöen vorausgegangen, welchen Stuhlverstopfung und ebenfalls vorerst die Erscheinungen der Lähmung, dann die der Perityphlitis folgten; beide genasen, aber in einem dritten Falle, bei welchem vor zwei Jahren eine Typhlitis glücklich überstanden worden war, endete die Krankheit tödtlich durch Gangrän des Wurmfortsatzes und allgemeine Peritonitis. Die letzteren zwei Fälle erscheinen mir wichtig genug, um sie etwas ausführlicher zu erwähnen.

H. D., 5 Jahre alt, ein gut entwickelter und genährter Knabe, litt im Juli 1856 an wiederholten Diarrhöen, denen bald eine hartnäckige Stuhlverstopfung folgte. Bei zunehmender Stuhlverstopfung wurde die rechte *Ileo-coecal*-Gegend allmälig aufgetrieben, ohne besonders empfindlich zu sein, bald aber kamen auch Schmerzhaftigkeit und Erbrechen hinzu. Am 27. Juli wurde er der ärztlichen Behandlung eines Collegen übergeben, welcher mich wäh-

rend der bis Mitte August dauernden Krankheit zu mehrmaligen Berathungen beizog. Der Verlauf war der einer sehr hartnäckigen Perityphlitis mit heftigen Kolikanfällen und mehrmaligen Recidiven, zu welchen die immer neuerdings wieder zu beobachtende Unthätigkeit des Blinddarmes die vorzüglichste Veranlassung abgab. Es hatten sich während der einzelnen Verschlimmerungen stets hartnäckige Stuhlverstopfung und Erbrechen von wässrig-galliger Flüssigkeit eingefunden, wobei auch während der heftigeren Schmerzanfälle zeitweilige Zuckungen, aber ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins, und eine sehr ungenügende Urinabsonderung beobachtet wurden.

Im Anfange der Krankheit wurde gegen die Kolikanfälle und Leibesverstopfung *Pulv. Rhei* mit *Eleosacch. Foeniculi* und Chamillenklystire, später bei Zunahme der entzündlichen Erscheinungen eine *Mixt. oleosa* mit *Syrupus Chamomillae* und *Aqua Laurocerasi*, mit gleichzeitiger Anwendung von Pulvern aus *Calomel* mit *Laudanum*, Blutegeln an die schmerzhafte Stelle, Cataplasmen und weiterhin eine Salbe von *Unguentum cinereum*, *Oleum Hyoscyami*, *Unguentum simplex* und *Tinct. Thebaïca* verabreicht. Inzwischen wurden fleissig Klystire von Kleienabsud und Ricinusöl angewendet. Bei den einzelnen Verschlimmerungen mussten die Medicamente mannigfaltig gewechselt werden, je nachdem die Stuhlverstopfung, die entzündlichen Erscheinungen, die Kolikanfälle vorwalteten. So kam es, dass auch *Hydromel infantum*, auch Ricinusöl in einer *Mixt. oleosa*, ja Crotonöl in einer entsprechenden inneren Arzneiform, abwechselnd mit beruhigenden und antispastischen Mitteln angewendet werden mussten. Am 7. August hatten die entzündlichen Erscheinungen nachgelassen, und es blieben nur die zeitweiligen sehr schmerzhaften Kolikanfälle und die hartnäckigen Stuhlverstopfungen zu berücksichtigen. Unter dem Gebrauche einer *Mixt. gummosa* mit *Aqua chamomillae* und *Cerasorum*, eines *Unguentum nervinum* auf die erkrankt gewesene Gegend, und eines Thee's von *Rad. Graminis et Taraxaci* mit einem Zusatze von *Fol. Sennae*, *Flor. Sambuci* und *Semin. Foeniculi*, welcher am 14. August als letztes aber länger fortzusetzendes Medicament verschrieben wurde, machte dann die Genesung weitere Fortschritte, so dass der Knabe gegen Ende August gänzlich genesen aus der Behandlung entlassen werden konnte.

In dem anderen Falle, ebenfalls einem gesund und kräftig entwickelten 5jährigen Knaben, welcher bereits vor zwei Jahren eine ähnliche Entzündung glücklich überstanden hatte, dauerte die Krankheit nur 7 Tage und endete tödtlich. — Die Erscheinungen kamen im Ganzen mit der vorerwähnten ziemlich überein, doch gesellten sich zuletzt noch die der allgemeinen Peritonitis und allgemeinen Darmlähmung hinzu. Die Behandlung, an welcher ich

mich erst in den letzten Tagen als Consiliarius betheiligte, war vom Anfange her eine zweckmässige, auf die Herstellung der Darmfunction (durch entsprechende Klystire und innere Medikamente) und Beschwichtigung der Entzündung berechnete gewesen.

Die Section ergab bei Normalität der übrigen Organe ein reichliches fäculent riechendes Peritonäal-Exsudat, welches aber dadurch entstanden war, dass in der unteren, bedeutend ausgedehnten Hälfte des Wurmfortsatzes einige derbe, 6—8 Linien lange und über 3 Linien dicke Kothpfröpfe eingekeilt waren, über welchen an einer etwa 3 Linien langen und 1 $^1/_2$ Linien breiten Stelle die Darmhäute zerstört, in der Umgebung blauroth gefärbt und mit fibrinösem Exsudate bedeckt erschienen. Doch hatte sich von hier aus die Peritonitis nicht sogleich weiter verbreitet, sondern erst ein abgegrenztes, etwa mannsfaustgrosses, den Blindsack mit seinem durchbohrten Wurmfortsatze einschliessendes jauchiges Exsudat gebildet, welches aber in weiterer Folge seine pseudomembranöse Hülle zerstörte und dadurch eine allgemeine Peritonitis erzeugte.

Wenn wir nun aus dem Angeführten einige Schlüsse ziehen wollen, so können wir sie vielleicht unter folgende Punkte zusammenstellen:

1) Die temporäre Lähmung des Blinddarms und Wurmfortsatzes sind sehr oft die Ursache der Typhlitis und Perityphlitis.
2) Von besonderer Wichtigkeit ist es daher, im rechten Momente, ehe es noch zur Entzündung kömmt, einschreiten zu können.
3) Das entsprechendste Heilverfahren muss also ausser einem auflösenden und entleerenden, auch ein die Darmfunction für weiter hinaus anregendes sein, ohne jedoch die stets drohende Entzündung dabei zu übersehen.
4) Das Clysma zu rechter Zeit und in entsprechender Weise angewendet, ist ein wichtiges Mittel zur Verhütung und Beseitigung der temporären Blinddarm-Paralyse, da es in erforderlicher Weise angewendet, den Ort des Leidens auf eine schnelle und sichere, für den übrigen Organismus unschädliche Art erreichen, seine Wirkung schnell äussern, und die Ursache der Darm-Paralyse dadurch am besten und kräftigsten beseitigen kann.

(In dieser Art gedenke ich auch die übrigen Eingangs aufgeführten Affectionen dieser Darmparthie, der Reihe nach zu besprechen.) —

Beiträge zur physioalischen Untersuchung der Lungen kleiner Kinder.

Von

Dr. Alfred Vogel,

Privatdocenten in München.

Wenn man täglich die Brust kleiner Kinder physicalisch untersucht und zugleich beobachtet, wie Studirende, welche die physicalische Untersuchungsmethode an Erwachsenen gelernt und nur an diesen ausgeübt haben, Kinder zu besichtigen und zu percutiren pflegen, so begegnet man hiebei einer Menge von Eigenthümlichkeiten und Abweichungen, die ebenso durch die Verschiedenheit in Form und Grösse als durch die Unruhe und Widerspenstigkeit des zu untersuchenden Kindes bedingt sind. Es scheint daher nicht überflüssig, wenn einmal alle diese Eigenthümlichkeiten theils der manuellen Untersuchung theils der Deutung der gefundenen physicalischen Zeichen zusammengestellt und gewürdigt werden, zumal in den Lehrbüchern der physicalischen Diagnostik derselben kaum gedacht wird.

Inspection.

Was vorerst die Art und Zahl der Respirationen bei kleinen Kindern, die das erste Lebensjahr noch nicht erreicht haben, betrifft, so leuchtet schon aus den ganz unbestimmten Angaben der gewissenhaftesten Autoren ein, dass sich hierüber keine bestimmten Normalzahlen finden lassen. Es schwanken diese Angaben der Respirationsbewegungen zwischen 18 und 35 in der Minute.

Vor allem ist zu berücksichtigen, dass bei gesunden Kindern die Respirationsbewegungen nicht gleich sind im Schlafe und wachen Zustande. Im Schlafe geht die Respiration regelmässig von Statten.

60 Zählungen, die ich seit 1½ Jahren an 22 schlafenden Kindern in einem Alter von 3—4 Wochen vornahm, gaben mir als Mittel 26,4 Inspirationen in der Minute. Sobald aber die Kinder erwacht und nur einiger Maassen munter geworden sind, so wird durch jede Berührung, durch jeden ungewohnten Ton, durch jede Veränderung der Zimmerbeleuchtung die Respiration ungleich; sie setzt länger als gewöhnlich aus, dann folgen wieder einige sehr

rasche oberflächliche oder tiefe und langsame Athemzüge nach. Geben sie aber nun gar ihre sinnlichen und physischen Eindrücke durch Schreien kund, so hört aller Rhythmus auf, im Allgemeinen lässt sich jedoch behaupten, dass die Zahl der Respirationen hiebei zunimmt, indem man dann gewöhnlich über 30 zählt. Wegen dieser Schwankungen einer Seits und wegen der noch grösseren Schwankungen in der Zahl der Pulsschläge anderer Seits, lassen sich auf kleinere Abweichungen von der Mittelzahl der Respirations- und Herzbewegungen nicht wohl diagnostische Schlüsse bauen. Athmet aber ein Kind von einigen Wochen im Schlafe regelmässig öfter als 35—40 Mal, so kann man mit Bestimmtheit annehmen, dass es krank ist, doch muss die Krankheit nicht nothwendiger Weise ihren Sitz in den Athmungsorganen haben, denn es ist bekannt, dass alle acuten, fieberhaften Processe, die im kindlichen Organismus vorgehen, mit Ausnahme einzelner Gehirnleiden, die Respirationsbewegungen beschleunigen.

Bei Kindern, die das erste Lebensjahr überschritten haben, sind die Respirationsbewegungen im wachen Zustande schon viel gleichmässiger. Durch die während der ersten Dentition so ausserordentlich häufigen Lungenerkrankungen, besonders die lobuläre Pneumonie und die rhachitische Carnification werden sie um das zwei- bis vierfache, also bis zu 50—80 Athemzüge in der Minute beschleunigt, ohne dass die mechanischen Hindernisse, Verstopfung grösserer Lungenparthien mit Exsudat, durch die physicalische Untersuchung deutlich nachweisbar sind, und häufig genug selbst in der Nekropsie nicht hinreichend gross gefunden werden.

In späteren Jahren, bis nach vollendeter zweiter Dentition, heben meines Wissens nur noch gewisse Krankheiten den Rhythmus der Respirationsbewegungen auf, nämlich alle jene Gehirnerkrankungen, welche einen erheblichen Druck auf die Gehirnsubstanz auszuüben vermögen, also vor allen *Hydrocephalus acutus*, ferner grössere Gehirntuberkel, Gehirnkrebs und zuweilen auch Meningitis und Meningealblutungen, wenn die Eiter- oder Blutschichte über den Meningen eine gewisse Dicke erlangt hat. In diesen Fällen sind die Athembewegungen auffallend ungleich, abwechselnd langsam und wieder beschleunigt, bald tief, bald oberflächlich, still oder mit einem für diese Erkrankungen als charakteristisch bezeichneten Seufzer verbunden.

Was die Form der Athembewegungen betrifft, so haben wir beim gesunden Kinde unter einem Jahre vorherrschend die abdominelle Respiration, d. h. das Zwerchfell contrahirt sich stärker und kräftiger als die Brustmuskeln, die Lungen dehnen sich seitlich fast gar nicht, nach abwärts aber um so bedeutender aus, so dass wir vielmehr eine Formveränderung am Unterleibe als an der Brust wahrzunehmen im Stande sind. Die auffallendste Veränderung im

Modus der Bewegungen finden wir bei lobulärer oder lobärer Pneumonie. Ausser der gesteigerten Frequenz der Athemzüge nämlich wird das Verhältniss der einzelnen Respirationsacte zu einander auch ein anderes. Während im physiologischen Zustand der Act der Inspiration etwas länger währt als der der Exspiration, beobachtet man hier eine ausserordentlich rasche aber tiefe Inspiration, auf welche sogleich eine langgezogene, nicht ganz gleichmässige, mehr stossweise absetzende Exspiration erfolgt. (*Respiration expiratrice* der Franzosen.) Beide Respirationsacte geschehen mit solcher Vehemenz, dass sie im Munde und mehr noch in den zur Trockenheit neigenden Nasenlöchern ein lautes Geräusch veranlassen, so dass man aus dem lauten Athmen und der eben beschriebenen Veränderung des Bewegungsmodus schon mit ziemlicher Sicherheit eine acute Lungenerkrankung diagnosticiren kann, bevor man sich dem Kinde noch vollständig genähert und die eigentliche Untersuchung begonnen hat. Das Zwerchfell contrahirt sich hiebei wohl rasch und intensiv, aber der in der entzündlich afficirten Lunge dadurch entstehende Schmerz verbietet ihm, die normale Zeit über in Contraction zu verbleiben, es tritt alsbald eine Erschlaffung des contrahirten Diaphragma's ein, wodurch eine sofortige Repetition des ganzen Actes bedingt wird. Die lobuläre oder lobäre Pneumonie eines kleinen Kindes kann also zur Noth schon durch blosse Besichtigung desselben diagnosticirt werden; die Symptome sind: Sehr frequente, laute Respiration, kurze Inspiration, längere Exspiration, Heben der Nasenflügel, deutliches Flankenathmen, d. h. unverhältnissmässig weite Ausdehnung der unteren seitlichen Thoraxparthien und entsprechend rasch entstehende Wölbung des Abdomen bei jedem Athemzuge. Die rhachitische Carnification der Lungen ist die einzige Krankheit, welche ähnliche Symptome bietet. Die rhachitische Form der Rippen, die langsame Entstehung und der chronische Verlauf dieses Uebels aber sichern uns hinlänglich vor Verwechslung.

Ganz anders verhält sich die Athembewegung bei Entzündung der Pleura oder des Peritonäum, Zustände, welche übrigens im ersten Kindesalter so selten sind, dass die beschäftigtsten Kinderärzte sie oft Jahre lang nicht zu Gesichte bekommen. Es zeigt sich hier ebenso wie bei Erwachsenen die *Respiratio intercepta.* Die Athemzüge sind sehr frequent, kurz, schwach und regelmässig. Da aber auf solche Weise die Decarbonisation des Blutes nicht gehörig erzielt werden kann, so folgt nach einigen oberflächlichen Inspirationen immer eine ganz tiefe, lang angehaltene, wobei die Kinder den Mund schmerzlich verzerren und gewöhnlich ein kurzes stöhnendes oder wimmerndes Geschrei anheben.

Pneumothorax, grössere Empyeme und die damit verbundenen Formveränderungen des Thorax und der Athembewegung

kommen meines Wissens bei kleineren Kindern vor Beendigung der ersten Dentition nicht vor, bei älteren Kindern unterscheiden sich die dabei eintretenden physicalischen Symptome von den bei Erwachsenen schon hinlänglich beschriebenen in keiner Weise.

Seröser Erguss in beiden Pleurasäcken findet sich zuweilen auch bei kleinen Kindern nach Scharlach, ist aber dann mit *Ascites* verbunden. Die Respiration wird hiedurch ausserordentlich mühsam, das Zwerchfell ist in seinen Bewegungen sehr gehemmt und es treten hauptsächlich die Brust und Halsmuskeln vicarirend auf, bald stellt sich Cyanose ein, und, wenn der Kräftezustand es irgend zulässt, sitzen solche Kinder gewöhnlich aufrecht und klammern sich mit den Händchen an einen beliebigen Gegenstand fest an, um eine kräftigere Wirkung der *musc. pectorales* zu bezwecken.

Aus dem bisher gesagten geht hervor, wie wichtig eine genaue aufmerksame Besichtigung des Thorax ist und wie viele Aufschlüsse wir durch dieselbe allein schon erlangen können, bevor wir die eigentliche physikalische Untersuchung, welche ja beim Kinde oft gar nicht ausführbar ist, beginnen.

Percussion.

Die Percussion des kindlichen Thorax geschieht am besten ohne Plessimeter und ohne Hammer, Finger auf Finger. Der chirurgische Grundsatz, alle Instrumente, die durch die Hand ersetzt werden können, zu meiden, findet hier um so mehr seine Anwendung, als die Kinder, besonders die im 2.—3. Lebensjahre stehenden, eine unüberwindliche Scheu gegen die Hammer- und Plessimeterpercussion haben, während sie sich bei einer ausserdem ruhigen und sanften Behandlung gern die von uns gehandhabte Percussionsmethode, Finger auf Finger, gefallen lassen. Kinder, die schon aufrecht getragen werden, percutirt man am besten auf dem Arm der Mutter. Es bietet sich so die Rückenfläche, auf welche immer das meiste Augenmerk zu richten ist, am bequemsten dar, und die Kleinen lassen sich in unmittelbarer Berührung ihrer Mutter noch am liebsten untersuchen. Wickelkinder percutire ich in der Seitenlage, man hat hier selten Widerstand durch die Unruhe des Kindes zu befürchten.

Die Percussionsschläge vollführe man durchaus schwach, sanft und langsam, und setze sie so lange an einer Stelle fort, bis man im Moment der tiefsten Inspiration und vollkommensten Exspiration zu percutiren Gelegenheit gehabt hat, wozu oft zehn und mehr Schläge nothwendig sind.

Eine kräftige Percussion, wie sie z. B. am Rücken eines athletischen Mannes gefordert wird, ist bei der Elasticität des Thorax und der Kleinheit der zu untersuchenden Organe keines-

wegs am Platze. Man percutirt hiedurch nicht deutlicher und genauer, macht aber durch die Erschütterung das Kind sogleich unruhig, wonach dann jede genauere Untersuchung selbstverständlich aufhört.

Langsam muss percutirt werden, weil der Untersucher eine gewisse Zeit braucht, den erzeugten Schall zu empfinden, seinem Geiste einzuprägen und sich über das Empfundene ein Urtheil zu bilden. Mit der gewöhnlichen, raschen trommelnden Bewegung ist es dem geübtesten Ohre nicht möglich, feinere Nuancen des Tones zu unterscheiden.

An ein und derselben Stelle endlich muss so lange fort percutirt werden, bis der tiefste Exspirations- und Inspirationsmoment erhascht worden ist, weil nur durch Vergleichung und gehörige Würdigung der beiden hiedurch entstehenden immer verschiedenen Percussionsschalle eine wirkliche Kenntnissnahme der percutirten Partie ermöglicht wird.

Auf eine Erscheinung muss ich aufmerksam machen, die trotz ihrer Häufigkeit noch nirgends deutlich beschrieben ist. Percutirt man nämlich bei gesunden Kindern von der Geburt bis zum zweiten und selbst dritten Lebensjahre die beiden Lungen vergleichsweise auf dem Rücken, so findet man, so lange die Kinder ganz ruhig athmen und gar keinen Ton von sich geben, beiderseits einen sonoren, schwächer oder stärker tympanitischen Percussionsschall; sobald sie aber unruhig werden, sich gegen die Untersuchung sträuben und ihren Unwillen durch ein pressendes Geschrei kundgeben, so wird durch diese Anwendung einer kräftigen Bauchpresse der ganze Befund plötzlich ein anderer. Statt des beiderseits gleichen, sonor-tympanitischen Schalles tritt über der linken Lunge ein mässig gedämpfter Percussionsschall ein, die Rückenfläche der rechten Lunge aber ist hinauf bis an die *spina scapulae* vollkommen leer, gedämpft. Percutirt man nun einige Secunden oder selbst Minuten ruhig fort, bis es sich trifft, dass ein Percussionsschlag gerade mit dem Moment zusammentrifft, wo das Kind wieder tief inspiriren und zu diesem Zwecke die Bauchpresse bis nach vollendetem Athemzuge aufgeben muss, so hört man plötzlich wieder den ursprünglichen, normalen, sonoren Percussionsschall, der jedoch nur einen Augenblick währt, und sogleich wieder von vollkommen leeren gedämpften Schlägen gefolgt wird.

Die Kinder, einmal durch Percutiren unwillig gemacht, hören nämlich nicht mehr auf, mit kräftiger Bauchpresse zu

so lange dieses pressende Geschrei währt, k[illegible]
nmtheit und bei jedem Kinde des bezeichneten
rscheinung studiren.
liegende Erklärung des verminderten sonoren Schal-
en Rückenfläche, dieser constanten, auf physicali-
beruhenden Thatsache, findet sich in dem bei der
ttfindenden Verschluss der Glottis, weil hiebei die
enthaltene Luft abgesperrt und durch die Bauch-
dem noch comprimirt wird. Der Unterschied zwischen
, nämlich der vollkommen leere, gedämpfte Per-
echts, erklärt sich aus dem Aufwärtsdrängen der
rösse in diesem Alter noch in einem bedeutenden
zu den übrigen Unterleibsorganen steht.
orderfläche des Thorax und zu beiden Seiten sind
endung der Bauchpresse entstehenden Veränderun-
sionsschalles wohl auch zu bemerken, erscheinen
eniger frappant. Wintrich*) hat diese Dämpfung
bachtet, erwähnt aber den Zusammenhang mit der
cht, sondern gibt an, dass er bei 8—10 pCt. Kin-
ahranstalt während ruhigster Respiration noch deut-
h stärkerer Exspiration an den hintern und untern
einen auffällig kürzeren, dumpfen Perkussions-
tet habe und zwar ohne dass solche Kinder kür-
ere Zeit vorher einen Catarrh etc. gehabt hätten
ler Untersuchung haben müssten.
r einer Bewahranstalt sind in der Regel zwischen
bensjahre, und bieten somit schon weniger günstige
ese Verhältnisse zu erforschen. Wintrich's 8—10
ahrscheinlich die kleinsten Kinder der Anstalt gewe-
ihrend ruhigster Respiration aber ist es mir nie
ler bei kleinen noch grösseren gesunden Kindern
ufzufinden. Wintrich leitet diese Dämpfung von
n Carnification der Lungen her, indem er sagt,**)
er Section eines solchen Kindes die Lungen an ihren
tern Partien in verschiedener Ausdehnung luftleer,
istent, nicht brüchig, ausgeschnittene Stücke im
nkend, dunkelbläulich, und das interlobuläre Ge-
hisch, streifig abstechend finde.
ologisch-anatomischen Veränderungen der Lungen
inder sind mir wohl bekannt, sie verursachen aber,
ehnung vorhanden, keine vorübergehende, sondern
Dämpfung.

pec. Pathol. und Therap. v. Virchow. V. Bd. pg. 56.

Die eben beschriebene merkwürdige Erscheinung zeitweiser vollkommener Dämpfung rechts hinten in Folge von Pressen macht das Vertrauen auf so viele Krankengeschichten von Pneumonien kleiner Kinder, wie sie uns in den Handbüchern und Journalartikeln mannigfach geboten werden, etwas schwankend, um so mehr, als in denselben gerade wieder rechts hinten die Dämpfung am häufigsten beobachtet wird. Nur solche physicalische Untersuchungen können Geltung behalten, bei welchen ausdrücklich erwähnt ist, dass das Kind während derselben vollkommen ruhig respirirte, die Bauchpresse nicht benutzte, und dass die dann aufgefundene Dämpfung auch bei der Inspiration noch deutlich zu unterscheiden war. Ich bin überzeugt, dass eine grosse Anzahl einfacher *Bronchitides*, die in den ersten Tagen ihres Bestehens gewöhnlich von Fieber und Dyspnoë begleitet sind, aus Unkenntniss dieser physiologisch normal eintretenden Dämpfung rechts hinten für Pneumonien gehalten werden, worin denn auch die glückliche Behandlung und schnelleintretende Genesung ihren Grund haben mag.

Bei der Percussion des Thorax eines schreienden Kindes ist noch eine andere Erscheinung zu bemerken, nämlich das sogenannte Münzenklirren. Dieses Geräusch kann man jeden Augenblick an sich selbst studiren, wenn man sich mit voller Faust an das Sternum klopft und zu gleicher Zeit lange Noten singt. Es wird hiedurch der Ton momentan durch ein Geräusch unterbrochen, das metallisch klirrend ist und dieselbe Höhe hat als der gesungene Ton, welcher sogleich nach geschehenem Schlage in der ursprünglichen Reinheit wieder fortklingt. Wintrich erklärt dieses Geräusch, wie mir scheint, richtig auf folgende Weise: „Beim Singen etc. entstehen regelmässige Schwingungen der Stimmritzenbänder, da die umgebende Luft in ihrer Dichtigkeit sich immer rasch ausgleicht; kommt nun plötzlich und stossweise ein sehr viel dichteres Medium von unten her an die Stimmritzenbänder, was geschieht, wenn die Luft durch den Percussionsstoss bis an die Stimmritzenbänder hin comprimirt wird, so müssen die Glottisschwingungen unregelmässig werden und unregelmässige Schwingungen machen Geräusch, welches in unserem Falle sowohl in der Mundhöhle, als dem Larynx und der Trachea wiederhallt. Diese Luftcompression lässt aber augenblicklich nach, die gleiche Dichtigkeit der Schichten ober und unter den Stimmritzenbändern stellt sich wieder her, weshalb der angesungene Ton in aller Reinheit abermals fortzutönen vermag.“

Es kann dieses Geräusch mit dem bei Cavernen vorkommenden Münzenklirren und dem *bruit de pôt fêlé* nicht verwechselt werden, indem es nur während des Schreiens oder Sprechens hervorgebracht werden kann, während das bei Excavationen zuweilen

achtete, auch ohne dass der Kranke einen Ton von sich gibt ırt wird. Bei ruhig athmenden, nicht schreienden Kindern ıte ich niemals Münzenklirren entdecken, indem bekanntlich indern unter 2 Jahren Cavernen ausserordentlich selten sind, elbst bei deren Bestehen dies Geräusch nur ausnahmsweise t wird. Diagnostische Bedeutung kann ihm nach in der Pädiatrik nicht zugeschrieben en.

o viel von der Percussion der Lungen gesunder Kinder.

Vas nützt uns die Percussion des Thorax eines kranken ? Nur in wenigen Fällen erfahren wir durch lbe etwas Genaueres über die Brustorgane.

e häufigsten Lungenerkrankungen kleiner Kinder, Bronchi- lobuläre Pneumonie, verändern den Percussionsschall gar zuweilen nur nimmt er einen deutlicher tympanitischen er an, niemals aber ist eine Spur von Dämpfung zu ent- Die luftleeren Stellen sind bei lobulärer Pneumonie von gem Umfange, als dass sie eine solche bedingen könnten. ıitische Carnification besonders der Lungenränder ist eben- Erzeugung einer merklichen Dämpfung in der Regel zu t. Nur in seltenen Fällen, wo sich die Carnification in n über thalergrosse Stellen ausgedehnt findet, kann sie iten durch aufmerksame Percussion ermittelt werden. dann die rhachitische Form des Thorax so ausgebildet Augen fallend, dass wir zur Diagnose der Carnification Lungenpartien gar keine physicalische Untersuchung rfen.

össe der Thymusdrüse lässt sich durch aufmerk- Percussion genau ermitteln, und es bedarf in der That ehr vereinzelter Sectionsberichte mit Messungen und der Thymus, um zu beweisen, dass das sogenannte *icum* nicht mit Vergrösserung dieser Drüse zusammen- ı ich sehr häufig sowohl eine auffallende Dämpfung in er Thymus ohne asthmatische Anfälle, als auch um- matische Anfälle ohne abnorm grosse Dämpfung in gefunden habe. Diese Untersuchung muss sehr leise möglichst rasch vorgenommen werden, weil sich ıne Ausnahme gegen das Percutiren der vorderen ısträuben und dann durch ihre Unruhe alle diagno- ıungen vereiteln.

leichende Percussion der linken und rechten Lun- ıns bei Erwachsenen so ausserordentlich werthvoll zige sichere Symptom bestehender Lungentubercu- ei Kindern nutzlos. Die Tuberculose der Lungen selben viel rascher, es kömmt nicht zu grösseren

Conglomeraten und Exsudationen in der Umgegend und die Tuberkeln durchsetzen beide Lungen, obere und untere Lappen fast gleichmässig. Man kann dann wohl im Allgemeinen einen weniger sonoren, mehr tympanitischen Percussionsschall finden, aber niemals klingt, nach meinen Beobachtungen wenigstens, eine Parthie weniger sonor als die entsprechende der andern Seite.

Ebenfalls nutzlos ist uns die Percussion zur Diagnose vergrösserter tuberculöser Bronchialdrüsen.

Wer je am Krankenbette in Zweifel war, ob er einen *Typhus* oder *Hydrocephalus acutus* vor sich habe (und welcher aufrichtige Arzt wäre nicht schon in dieser Lage gewesen), wird zugestehen, dass ein bestimmtes Symptom, das uns die Differentialdiagnose sicherte, von grossem Werthe sein müsste. Da ich nun bei allen meinen 15 Sectionen Hydrocephalischer die Bronchialdrüsen tuberculös entartet fand, und sämmtliche pathologische Anatomen dies auch als den gewöhnlichen Befund angeben, so percutirte ich lange Zeit bei allen typhösen und hydrocephalischen Kindern das Sternum und die nächst gelegenen Partien auf das genaueste, ohne jemals eine Spur von abnormer Dämpfung entdecken zu können. Die Ueberlagerung der Lungen und grossen Gefässe erklären das negative Resultat dieser physicalischen Untersuchung zur Genüge.

Wesentliche Vortheile bringt die Percussion, wo es sich um Diagnose der lobulären Pneumonie handelt. Bei lobulärer und lobärer Pneumonie sind die augenfälligsten Symptome vollständig gleich. In beiden Fällen heben die Kinder die Nasenflügel, athmen in dem oben beschriebenen Respirationsmodus (*Respiration exspiratrice*) und zeigen dieselben Fiebererscheinungen — Temperaturerhöhung und beschleunigten Puls. — Bei der lobären Pneumonie aber, wenn sie wenigstens einen ganzen Lappen oder gar eine ganze Lunge einnimmt, findet man ausserdem eine deutliche Dämpfung, welche der erkrankten Parthie entsprechend sowohl beim Ein- als Ausathmen auch bei ruhiger Respiration und erschlafften Bauchmuskeln deutlich wahrgenommen wird. Ueber den der Dämpfung zunächst gelegenen Lungenabschnitten klingt, wie bei Erwachsenen so auch bei Kindern, der Schall immer deutlicher tympanitisch als an den übrigen Stellen des Thorax. Bei der Abwesenheit der *Sputa* und den weiter unten zu erörternden grossen Schwierigkeiten der Auscultation bleibt uns für die lobäre Pneumonie kein anderes charakteristisches Symptom übrig, als die Dämpfung. Behalten wir dieselbe aber fest im Auge und erkennen nur bei deren deutlich wahrnehmbarer Gegenwart die lobäre crupöse Pneumonie an, so wird sich finden, dass diese bei Kindern überhaupt sehr selten, am seltensten aber bei kleinen Kindern vor dem Zahndurchbruche ist. Am häufigsten kömmt sie noch in den ersten Lebenstagen als Theilerscheinung eines pyämi-

schen Processes vor, wo sie in Folge der *Phlebitis umbilicalis* entsteht.

Pleuritis und *Empyem* kommen bei kleinen Kindern so gut wie gar nicht vor. Bei lobärer besonders pyämischer Pneumonie finden sich zwar die entsprechenden Pleurastellen mit einer Schwarte bedeckt, primäre, genuine Pleuritis aber mit eiterigem Exsudat, das die Lunge und das Herz zu verdrängen im Stande wäre, habe ich bei Kindern unter einem Jahre noch nie beobachtet. Die Autoren Billard, Rilliet, Barthez und Baron beschreiben einzelne Fälle von Pleuritis, wobei das Exsudat niemals eine beträchtliche Grösse erreichte und die physicalischen Symptome deshalb nicht so deutlich wie bei Erwachsenen zur Geltung kamen.

Hydrothorax kömmt nach Scharlach vor und wird auch ohne Percussion durch die oben pagina 90 beschriebenen Symptome erkannt. Derselbe befällt immer beide Pleurasäcke, nie einen allein, weshalb eine vergleichende Untersuchung zu keinem Resultate führt, man findet beiderseits nach hinten und unten eine deutliche Dämpfung.

Bei Atelectase der Neugebornen wird niemals eine circumscripte Dämpfung beobachtet, wohl aber ist der Percussionsschall im Allgemeinen weniger sonor. Uebrigens lassen andere Zeichen, die schwache Stimme, das wimmernde Geschrei, das Unvermögen kräftig zu saugen, die unvollkommenen Athembewegungen, endlich die niedrige Temperatur und Blässe oder gar Cyanose der Haut, die Diagnose mit solcher Bestimmtheit stellen, dass wir die Percussion hiezu nicht direct nothwendig haben. —

Exquisite Fälle von Emphysem mit Stickanfällen und dem vollen tympanitischen Percussionston, der Verdrängung des Herzens und der Leber, der eigenthümlichen Form des Thorax und der Athembewegungen, einer der quälendsten Lungenkrankheiten Erwachsener, finden sich in dieser Weise bei kleinen Kindern nicht. Nach langdauerndem, heftigen Keuchhusten entwickelt es sich zuweilen bei älteren Kindern, und bietet dann die eben beschriebene Symptomenreihe dar. Sind blos einzelne kleine Lungenparthien emphysematisch erkrankt, wie sich dies bei der Section kleiner tuberculöser oder anämischer, atrophischer Kinder häufig findet, so haben wir hiefür gar kein deutliches objectives Zeichen.

Die rhachitische Verkürzung und Verkrümmung der Rippen und der Wirbelsäule bedingt natürlich auch merkliche Veränderungen der Lungen selbst, nämlich die sogenannte erworbene Atelectase oder die Carnification, welche besonders an den Rändern und unteren Lappen der Lunge auftritt. Die luftleeren, comprimirten Lungenparthien geben in der That einen deutlich gedämpften Percussionsschall. Die Vergleichung der beiden Brusthälften lässt häufig eine Ungleichheit bemerken, wenn

die Wirbelsäule scoliotisch oder die Einwärtskrümmung der Rippen auf der einen Seite beträchtlicher als auf der andern ist. Der Percussionsschall über den Schulterblättern ist gewöhnlich beiderseits weniger sonor, als im Normalzustand, weil dieselben durch den rhachitischen Process sich sehr oft um das Doppelte verdicken, und somit die mittelst Anklopfen erzeugten Schwingungen bedeutend abschwächen.

Diess wären im Allgemeinen die Vortheile, die uns die Percussion zur Diagnose der Lungenkrankheiten bei kleinen Kindern bietet. Nutzlos ist dieselbe in der Bronchitis, der lobulären Pneumonie, der acuten Tuberculose und bei vergrösserten Bronchialdrüsen; wesentlichen Nutzen bringt sie bei diagnostischer Erforschung der Atelectase, ferner des rhachitischen Thorax, des allgemeinen Emphysems, des Hydrothorax und des Empyems; endlich unentbehrlich ist sie zur Constatirung der vergrösserten Thymusdrüse und der lobären crupösen Pneumonie. Die letztere kann nur durch die Percussion von den übrigen fieberhaften Lungenerkrankungen unterschieden werden.

Palpation und Auscultation.

Legt man die Hand auf die Brust eines Kindes, so fühlt man zunächst den Temperatur- und Feuchtigkeitsgrad der Haut. Da bei der Unruhe der Kinder und in der Privatpraxis überhaupt Thermometermessungen nicht anwendbar sind, so muss man sich gewöhnen, mit der Hand allein die Hauttemperatur möglichst genau zu erforschen, indem die erhöhte Temperatur ein wesentliches Glied des Symptomencomplexes, den wir Fieber nennen, abgiebt, und hienach sich unsere therapeutischen Eingriffe zum grössten Theile richten. Fast eben so wichtig ist es, den Feuchtigkeitsgrad des Rumpfes sorgfältig zu berücksichtigen, weil Schweisse in acuten Kinderkrankheiten gewöhnlich eine günstige Bedeutung haben.

Ausser diesen allgemeineren Wahrnehmungen fühlt die auf die Brust gelegte Hand noch den Fremitus der Stimme, d. h. die der Hand sich mittheilenden Vibrationen des Thorax, welche mit der Stimme entstehen und wieder verschwinden. Nach Johannes Müller's bahnbrechenden Experimenten entsteht die Stimme, mag sie sich nun durch Sprechen, Schreien oder Singen äussern, bei Menschen und Thieren in der untern Stimmritze. Zur Erzeugung hoher, besonders Falsettöne schwingen die Stimmritzbänder nur an ihren innern Rändern, zur Erzeugung tieferer hingegen schwingen die ganzen Stimmbänder in grossen Excursionen. Hohe Töne verursachen deshalb einen viel schwächeren Stimmfremitus als tiefe Basstöne. Am stärksten werden die Vibrationen am Orte ihrer Entstehung, dem Larynx und der Trachea, gefühlt, sehr

deutlich längs der Wirbelsäule, in dem Raume zwischen den beiden Schulterblättern, deutlich in den Seitengegenden, dann über und unter den Schlüsselbeinen und dem Sternum. Da, wo das Herz und die Leber unmittelbar den Brustkorb berühren, ist der Fremitus vollkommen aufgehoben. Fettpolster schwächen die Vibrationen.

Diese bei jedem gesunden Kinde auftretenden Verhältnisse ändern sich nun, sobald ein Theil des Lugengewebes durch compacte tuberculöse oder scirrhöse Infiltrationen, lobäre Hepatisation oder Carnification verdichtet ist. Es wird nämlich, wenn hiebei die in die verdichteten Stellen einmündenden grösseren Bronchien permeabel bleiben, die Stimme verstärkt gefühlt. Verstopfung eines Bronchus hebt allen Fremitus über der entsprechenden Lungenparthie auf. Flüssige Ergüsse in den Pleurasäcken verhindern uns ebenfalls da, wo die Flüssigkeit die Lungen von den Rippen trennt, die Stimme zu fühlen, hingegen ist bei der nothwendig dadurch erfolgenden Compression der Lungen über diesen selbst der Fremitus verstärkt.

Durch die Palpation lassen sich ausser der Stimme auch noch die Rhonchi ermitteln. Bringt die in den Bronchien und der Trachea auf- und abströmende Luft zähe Schleimmassen, die membran- oder balkenartig deren Lumen ausfüllen, in Schwingungen, so theilen sich die so entstehenden Geräusche der Brustwand mit, und pflanzen sich deutlicher und weiter, als alle anderen Geräusche fort. Auf diesem letzteren Umstande beruht auch die irrthümliche Ansicht, dass diese Geräusche da entstünden, wo sie am deutlichsten gefühlt werden. Je höher oben gegen die Trachea zu die vibrirende Schleimlamelle aufsitzt, um so verbreiteter fühlt man das hiedurch entstehende Geräusch über den ganzen Thorax, je kleiner der Durchmesser des schleimhaltigen Bronchus, also je näher der Peripherie, um so umschriebener wird es an der Brustwand fühlbar.

Die Palpation der Stimme und der Rhonchi darf nie unterlassen werden, sie muss sogar bei sehr unruhigen Kindern Percussion und Auscultation ersetzen. Bronchitis und Bronchialcatarrh lassen sich durch dieselbe mit Bestimmtheit diagnosticiren, zur Noth kann man auch lobäre Pneumonie und grössere carnificirte Stellen hiedurch erkennen *).

Die Auscultation, bei Erwachsenen der wesentlichste Theil der physicalischen Untersuchung, bietet bei Kindern viel geringere Vortheile, woran theils die fortwährende Unruhe und die ungleichen Athembewegungen derselben, theils die Kleinheit des Raumes und die durch die elastischen Thoraxwände begünstigte

*) Das Letztere ist uns nicht gelungen, und wir sind eher geneigt, der Auscultation der Stimme, als der Palpation der Stimmvibration eine sichere Bedeutung beizulegen. Anmerk. d. Red.

Schallleitung, theils endlich der Umstand, dass die Kinderstimme auf den Wunsch des Untersuchers weder erhoben, noch verboten werden kann, die Schuld tragen. —

Wenn bei abgemagerten Kindern die Intercostalräume einmal bedeutende Vertiefungen darstellen, so ist die Aufsetzung des Stethoscopes geradezu unmöglich, mit dem blossen Ohre die Seitenflächen oder die vorderen Parthien des Thorax zu auscultiren, duldet fast kein Kind, es bleibt uns also vornehmlich der Rücken für diese Untersuchung übrig. Während wir aber bei Erwachsenen den Raum des Trachealathmens genau begrenzt wissen, ist diess bei Kindern nicht der Fall. Wir hören bei vollkommen gesunden Kindern sehr häufig über den ganzen Thorax eine laute Exspiration und eine tubare Inspiration, so dass wir nach diesem Befunde, wenn er bei Erwachsenen vorkömmt, eine ausgedehnte, unzweifelhafte Verdichtung des Lungengewebes diagnosticiren würden. Nicht so bei Kindern. Wir haben hier bei der Auscultation nicht die streng geschiedenen Geräusche des normalen Vesiculärathmens einer Seits und des Bronchialathmens anderer Seits, sondern an den meisten Stellen des Thorax, bei nur etwas kräftiger Athembewegung, ein dem Bronchialathmen sehr nahes, oft nicht von diesem zu unterscheidendes Respirationsgeräusch. Es fällt hiedurch der Hauptschluss, den wir aus dem Bronchialathmen bei Erwachsenen ziehen können, nämlich die Verdichtung des Lungengewebes weg; es handelt sich meistens nur um eine Vergleichung der beiden Thoraxhälften, auf welcher von beiden das Bronchialathmen deutlicher, charakteristischer vernommen wird. Die hiedurch gewonnenen Resultate stehen an Präcision den bei Erwachsenen gefundenen bedeutend nach. Ich kenne keine Lungenkrankheit der Kinder, über die uns die Auscultation allein, ohne Zuziehung anderer Untersuchungsmethoden, sichere Aufklärung schaffen könnte. Die Resonanz der Stimme, welche bei älteren Individuen nur durch verdichtetes Lungengewebe vernommen wird, ist hier überall, sogar noch ausgedehnter als das Trachealathmen, zu hören. Das bei Beginn und Lösung einer Pneumonie so charakteristische Knisterrasseln kommt bei Kindern niemals in exquisiter Weise vor *), pleuritische Reibungsgeräusche habe ich trotz vielen Untersuchens noch nie finden können. Das trockne Knattern bei Emphysem wird meist durch die vielfachen Rasselgeräusche des Bronchialcatarrhes verdeckt. All diese Umstände rechtfertigen den Ausspruch, dass die Auscultation bei Lungenkrankheiten der

*) Wir müssen hier bemerken, dass das consonirende kleinblasige Rasseln (ein häufiges und werthvolles Zeichen bei Pneumonie der Kinder) nur bei tieferen Inspirationen deutlich genug vernommen werden kann.

Anmerk. d. Red.

Kinder von geringerer Bedeutung, als die übrigen Untersuchungsmethoden ist, zur Genüge. Stellen wir die einzelnen Methoden ihrem Werthe nach neben einander, so ergiebt sich, dass die Percussion und Inspection zur Feststellung einer Diagnose unumgänglich nothwendig sind, die Palpation eine wesentliche und die Auscultation endlich die geringste Beihilfe leistet.

Wir wären nun mit der Besprechung der physicalischen Untersuchung bei Kindern zu Ende. Wenn dieselbe auch weniger wichtig ist, und im allgemeinen nicht so ganz exacte diagnostische Aufschlüsse gibt, als bei Erwachsenen, so glaube ich doch ihren wahren Nutzen hinlänglich beleuchtet zu haben. Es wird diese Untersuchungsmethode von wissenschaftlichen Aerzten auch bei kleinen Kindern stets gepflegt und weiter ausgebildet werden, vor allem aber ist hiezu genaue, aufmerksame Beobachtung nothwendig, denn mit dem gewöhnlichen Schlendrian der physicalischen Untersuchung, der vornehmlich ausgeübt wird, um den Laien einen recht hohen Begriff von der Wissenschaftlichkeit des untersuchenden Arztes zu geben, kann selbstverständlich nichts erreicht, sondern der guten Sache nur Schaden gebracht werden.

Résumé.

1) Ueber die Anzahl der Respirationen kleiner Kinder lassen sich keine bestimmten Normalzahlen finden. Sie schwanken zwischen 18 und 35 in der Minute.

2) *Aus 60 Zählungen an 22 schlafenden Kindern im Alter von 3—4 Wochen ergiebt sich als Mittelzahl: 26,4 Respirationen in der Minute.*

3) *im wachen Zustande sind die Respirationsbewegungen meist unrhythmisch.*

4) *Alle acuten Krankheiten kleiner Kinder, nicht blos die der Respirationswege, beschleunigen die Athembewegungen, Gehirndruck allein macht hievon eine Ausnahme.*

5) *Bei acuten entzündlichen Zuständen der Lunge verändert sich der Modus der Athembewegung, die Inspiration wird kürzer, die Exspiration länger, der Accent fällt auf die Exspiration. (Respiration exspiratrice.)*

6) Die Percussion geschieht am besten ohne Instrumente, Finger auf Finger.

7) Die Percussionsanschläge vollführe man durchaus schwach, sanft und langsam, und setze sie so lange an einer Stelle fort, bis man im Moment der tiefsten Inspiration und vollkommensten Exspiration zu percutiren Gelegenheit gehabt hat, wozu oft 10 und mehr Schläge nothwendig sind.

8) Durch Anwendung der Bauchpresse tritt bei ganz gesun-

den Kindern eine deutliche Dämpfung rechts hinten, weniger deutlich links hinten ein. Der Grund dieser Dämpfung findet sich in der bei der Bauchpresse stattfindenden Absperrung und Compression der Luft in den Lungen. Die exquisitere Dämpfung rechts erklärt sich durch die Grösse und das Andrängen der Leber.

9) Der Glaube an die bei Kindern so häufig sein sollenden Pneumonien wird bei Berücksichtigung dieser physiologischen Dämpfung einer Seits und der so sehr günstigen therapeutischen Resultate anderer Seits mehr als schwankend.

10) Erfolglos ist die Percussion in der Bronchitis, der lobulären Pneumonie, der acuten Tuberculose und bei vergrösserten Bronchialdrüsen.

11) Wesentlichen Nutzen bringt sie bei diagnostischer Erforschung der Atelectase, des allgemeinen Emphysems, des rhachitischen Thorax, des Hydrothorax und des Empyems.

12) Unentbehrlich ist sie zur Constatirung der vergrösserten Thymusdrüse und der lobulären Pneumonie.

13) Durch die Palpation muss bei unruhigen Kindern die Percussion und Auscultation ersetzt werden.

14) Es lassen sich durch dieselbe Bronchitis und Bronchial-Catarrhe mit Bestimmtheit, lobäre Pneumonie und grössere carnificirte Stellen zur Noth diagnosticiren.

15) Die Auscultation ist so mühsam, die Schallleitung durch die grosse Elasticität der Thoraxwände so begünstigt, und das normale Respirationsgeräusch dem Bronchialathmen bei Kindern so nahe, dass wir auf die Auscultation der Athemgeräusche nicht den Werth, der ihr bei Erwachsenen zukömmt, legen dürfen.

16) Es gibt keine Lungenkrankheit der Kinder, über welche uns die Auscultation allein *), ohne Zuziehung anderer Untersuchungsmethoden, sichere Aufklärung schaffen könnte.

17) Stellen wir die einzelnen Methoden ihrem Werthe nach neben einander, so ergibt sich, dass die Percussion und Inspection zur Feststellung einer Diagnose unumgänglich nothwendig sind, die Palpation eine wesentliche und die Auscultation die geringste Beihilfe leistet.

---

*) Das Knisterrasseln macht hievon eine Ausnahme.
Anmerk. d. Red.

Ueber die Untersuchung und Semiotik des kranken Kindes.

Von Dr. Mayr.

(Fortsetzung.)

Der Haarboden (Capillitium.)

Die Kopfhaare der Neugebornen, in der Regel dünn, fein und zolllang, fallen grösstentheils wieder aus, die nachwachsenden zeigen andere Färbung. Je älter das Kind wird, desto dunklere Farbe nehmen sie an; der Uebergang der dunkleren Farbe in die lichte ist Ausnahme.

Weisse Färbung einzelner Büschel oder des ganzen Kopfhaares (*Albinoismus*) zeugt vom stellenweisen oder allgemeinen Pigmentmangel der Haare; eine angeborne aber seltene Anomalie.

Angeborner Haarmangel besteht meistentheils nur in verspäteter Haarbildung, und steht mit anderen Entwicklungshemmungen in keiner nachweisbaren Verbindung.

Sparsamer Haarwuchs findet sich bei Kindern, welche mit *Hydrocephalus chronicus* oder mit Craniotabes behaftet sind, in letzterem Falle ist besonders Hinterhaupt und die Seitentheile von Haaren entblösst. Indem solche Kinder den Kopf hin- und herdrehen, so bildet sich durch die anhaltende Reibung auf der Unterlage, eine haarlose Stelle, welche zollbreit und bandartig den Hinterkopf umgibt.

Ausfallen der Haare findet nach Typhus, seltener nach Scharlach und Entzündung (Erysipel) der Kopfhaut statt und ist auch Symptom der *Syphilis congenita*.

Vorübergehende Kahlheit, stellenweise oder über einen grösseren Theil des Haarbodens verbreitet, folgt auf länger bestehende Eczeme und Impetigo; die Haare gehen in diesem Falle mit den Borken oder Schuppen weg, erzeugen sich aber bald wieder. Das nämliche geschieht nach Favus, wenn er nur kurze Zeit bestanden hat. Bei Kindern, welche in Folge von Tuberculose oder Skrofulose sehr herabgekommen sind, behaaren sich solche durch obige Ausschläge entblösste Stellen nur dann, wenn im Allgemeinbefinden eine Besserung eintritt. — Scharfbegrenzte kahle Stellen, welche sich kreisförmig erweitern und in einander übergehend Hinterhaupt, Scheitel oder eine Seite des Kopfes bloslegen, deren Haut glänzend und hie und da mit bräunlichen Knöt-

chen besetzt ist — charakterisiren bei Säuglingen das Syphilid des Haarbodens. Der krankhafte Vorgang beruht auf Exsudation in die Haarfollikel, wobei jedes Haar mit dem zur feinen Schuppe vertrockneten Exsudate abfällt. Neue Haarbildung geschieht erst mit Beginn der Heilung des zu Grunde liegenden Uebels.

Bleibende Kahlheit (*Alopecie*) hinterlässt der *Herpes tondens* und der *Favus* nach langdauerndem Bestehen, wenn durch Suppuration die Haarbälge zerstört worden sind. —

Uebermaass der Haarbildung, d. h. eine grössere Ausbreitung derselben gegen Stirne, Nacken und Rücken findet sich bei manchen krankhaften Vorgängen. Bei angeborner Hemicranie fand Rokitansky die Stirn bis zu den Augenbraunbogen mit Haaren besetzt. Kinder, welche an Tuberculose der Drüsen oder Skrofulose (namentlich scroph. Caries und Necrose) leiden, zeigen manches Mal einen weiter als gewöhnlich in die Stirn oder über die Schläfe reichenden Haarwuchs, so wie Nacken und Rücken in manchen Fällen von *Spina bifida* und Erkrankungen der Wirbel in der Cervicalgegend, mit ungewöhnlich vielen und langen Haaren besetzt sind. Warum eine so anomale Haarbildung öfter bei Kindern mit dunklem als mit lichtem Haupthaare vorkommt, weiss ich nicht zu deuten.

Die Verfilzung der Haare beobachtet man bei grösseren Mädchen in Folge Vernachlässigung der Haarpflege und Absonderung von klebrigem Plasma bei Eczem; sie erreicht oft einen solchen Grad, dass sie den exquisiten Exemplaren von *Plica polonica* nichts nachgibt.

Die Kopfhaut, bei Kindern der fruchtbarste Boden für Ausschläge, verdient eben darum genau untersucht zu werden.

Profuser Schweiss des Kopfes, besonders am Occiput der Säuglinge, ist constanter Begleiter der Rhachitis oder Craniotabes derselben.

Grosse Trockenheit desselben mit vermehrter Wärme bedingt eine reichlichere Defurfuration und ist Vorläufer des Eczems oder der Pithyriasis.

Gleichmässige Röthung derselben mit grösserer Wärme ohne Schwellung und Abkleyung bildet das Erythem, dasselbe ist entweder örtlich von einer umschriebenen Impetigo ausgehend oder die von einem Erysipel benachbarter Theile beginnende und auf den Kopf verbreitete Hyperämie der Haut, womit häufig das Erysipel des Gesichtes, der Arme oder des Rumpfes die Wanderung über den Körper beendet.

Röthung, Hitze und Schwellung kennzeichnet die Entzündung oder den sogenannten Rothlauf der Kopfhaut. Ist er örtlich entstanden und nicht etwa Folge einer allgemeinen Blutkrankheit oder der Verbreitung *per contiguum*, so verdankt er sein

lichen Entstehen gewöhnlich einer Eiterresorption, wozu bei stark suppurirenden Ausschlägen durch Behinderung des Eiterabflusses oft genug sich Gelegenheit bietet, oder es ist Symptom einer localen tieferen Erkrankung (Abscess, Zellgewebs- oder Knochenhautentzündung, Caries besonders am Schläfenbeine). Ein schneller Stillstand oder gar plötzliches Verschwinden desselben wird durch innere gewöhnlich sehr intensive pathologische Vorgänge veranlasst, und zählt in prognostischer Beziehung zu den critischen meistentheils aber ominösen Zeichen.

Hart und kalt fühlt sich die Kopfhaut bei Sclerem, weich und kühl bei Oedem an.

Von den acuten contagiösen Exanthemen ist es die Variola und Variolois, welche sich durch Stippenbildung auf dem Haarboden zuerst kund gibt, während die Morbilli eine kaum bemerkbare und der Scharlach nur selten eine intensive Röthung hervorbringen; die Gegenwart der Stippen auf der Kopfhaut ist daher in dem Falle entscheidend, als man im Zweifel ist, ob sich aus dem beim Erscheinen nicht genug ausgesprochenen Exantheme Variola oder *Morbilli papulosi* entwickeln werden.

Die abnorme Schuppenbildung, welche ohne Infiltration der Cutis in Form weisser, glänzender der Kleye ähnlicher Hautabschilferung vor sich geht, nennt man Kleyengrind (Pithyriasis); er überschreitet in der Stirn- und Schläfengegend gerne die Grenze des Haarbodens, findet sich nur bei grösseren Kindern und ist äusserst hartnäckig.

Gönnt man dem reichlich abgesonderten Sebum des Haarbodens hinlänglich Zeit und Ruhe, so sammelt sich dasselbe in Gestalt dünner, anfangs weisslich später braun gefärbter Schuppen, unter welchen die Haut gesund erscheint, als Gneis (*Seborrhoea*) an. Ungewöhnlich profuse Seborrhöa mit Bildung dicker auf eiteriger Grundfläche aufsitzender Borken, welche sich nicht blos auf dem Haarboden, sondern auch an andern Theilen des Körpers (Gesicht, Brust, Extremitäten) bilden, beobachtet man bei Säuglingen, welche an *Syphilis congenita* leiden.

Bildung feiner Bläschen, welche nach ihrem Platzen eine reichliche Menge von heller klebriger Flüssigkeit entleeren, wodurch die Haare zusammengeklebt und mehr weniger dicke Schuppen erzeugt werden = charakterisirt das Eczem der Kopfhaut.

Unter der abgehobenen Schuppe erscheint letztere roth und secernirend. Bei längerer Dauer und Steigerung des Ausschlages geht die Epidermis zu Grunde, das Corium wird blosgelegt und infiltrirt, die Haare fallen aus und unter den Borken erscheint eine rothe eiternde Fläche. Der Ausschlag verbreitet sich gewöhnlich über benachbarte Theile, Ohr, Stirn und Gesicht.

Besteht die Affection der Kopfhaut in vorwaltender Pustelbildung, so nennt man sie: *Impetigo capitis.* Die Pusteln bilden sich entweder in den Haarfollikeln, umgeben jedes einzelne Haar und ragen kaum über das Niveau der Kopfhaut empor (*Impetigo Achor*), oder es fahren dieselben mehr weniger dicht gedrängt, seltener als grössere Eiterblasen vereinzelt, in verschiedener Grösse und an jedem beliebigen Platze des Haarbodens empor, nach Entleerung ihres Inhaltes vertrocknen sie mit der Epidermis zu gelben, später sich bräunenden dicken Borken, unter welchen die Eiterung fortdauert und die Haare ausfallen. Die Impetigo findet sich meistens mit dem Eczem vereint (*Eczema impetiginodes*) und ist vielleicht ein und derselbe, nur intensiver verlaufende Exsudationsprocess des Hautorganes. Es überschreitet meistentheils die Grenzen des Haarbodens, und verbreitet sich bei acutem Verlaufe von seiner ursprünglichen Erzeugungsstätte häufig über einen grossen Theil des Körpers.

Bei Typhus mit vorwaltend encephalischen Erscheinungen gilt das Erscheinen der Impetigo-Pusteln auf dem Kopfe als ein für die Wendung der Krankheit günstiges Zeichen.

Es möchte hier nicht am unrechten Platze sein zu bemerken, dass es bei längerem Bestehen eines Ausschlages, bei starker Borkenbildung und Eiterung, nicht immer beim ersten Anblicke gelingt, die Art des Ausschlages zu erkennen, und dass es daher in einem solchen Falle nothwendig wird, diejenigen Stellen zur Untersuchung zu wählen, wo der Ausbruch eben statt hat, oder sich eine solche Stelle durch Wegräumung der angesammelten Borken bloszulegen und zu beobachten. Ein solches Verfahren ist für die Voraussage der muthmasslichen Dauer und für die einzuschlagende Behandlung von grosser Wichtigkeit. So bilden der Achor, das Eczem und die Pithyriasis die hartnäckigsten Formen, während die Impetigo und das mit derselben verbundene Eczem weniger Schwierigkeiten bereiten; ebenso bedingt eine bereits tiefer greifende Veränderung der Kopfhaut (Bloslegung und bedeutende Infiltration des Coriums) eine längere Dauer. — Der Uebergang des rothen Eczems in die pustulöse Form gilt als Zeichen der Besserung.

Welche semiotische Bedeutung haben die Kopfausschläge? — Eine um so viel geringere, je mehr der exanthematische Process durch locale und äussere Einflüsse hervorgerufen wurde. Zu diesen Einflüssen gehören: längeres Verweilen von Staub, Schmutz, Ungeziefer auf dem Kopfe (wobei zu der dadurch gesezten Reizung der Kopfhaut noch die mechanische Verletzung durch Kratzen etc. hinzutritt), Eiterübertragung durch die Nägel des Kindes, durch Kämme etc. verursacht; Einwirkung feuchter und dumpfer Wohnungen; zu warme Be-

deckung des Kopfes. Ob die Qualität der Nahrung (Rilliet und Barthez) einen besonderen Einfluss übe, ist sehr zu bezweifeln. Wenn unter Abwesenheit solch äusserer Momente dennoch ein Kopfausschlag sich bildet, so ist er einer zu Grunde liegenden Dyscrasie zuzuschreiben, deren Anwesenheit nach und nach durch das Auftreten anderer, nicht unmittelbar durch den Ausschlag bedingter Affectionen sich kund gibt; selten ist dieses bei Syphilis, häufig bei Skrofulose und Tuberculose der Drüsen der Fall. — Zu den unmittelbaren Folgen des Ausschlags rechnen wir: Die Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen und die analoge Affection anderer Theile, z. B. des Auges und des äusseren Gehörganges.

In semiotischer Beziehung spielt besonders das plötzliche Aufhören des exanthematischen Processes (das sogenannte Zurücktreten des Ausschlages) eine grosse Rolle; es ist dies jedenfalls eine Erscheinung, welche auf wichtige Veränderungen im Organismus des Kindes schliessen lässt, und daher von prognostischer, wenn auch nicht immer ungünstiger Bedeutung. Das plötzliche Verschwinden des Ausschlages kommt bei allen Exsudations-Processen von irgend einer grösseren Intensität und Dauer, so wie bei Darmaffectionen mit profuser Ausscheidung vor, und gilt, wenn es mit Hydrocephalus acutus zusammentrifft, für dessen erste Veranlassung. Allein die genaue Untersuchung solcher Fälle, sowohl im Leben als nach dem Tode, lehrt uns: 1. dass die Krankheiten, in deren Folge Kopfausschläge aufhören, durchaus nichts Eigenthümliches an sich tragen, wodurch sie sich von den Affectionen an Kindern und Erwachsenen, welche an keinem Kopfausschlage leiden, auffallend, ich will nicht sagen charakteristisch, unterscheiden würden; 2. dass durchschnittlich der Beginn der inneren Erkrankung früher zu Tage tritt und auch nachzuweisen ist, bevor noch die Hautkrankheit des Kopfes in ihrem Verlaufe sistirt wird; und endlich 3. dass die pathologischen Veränderungen, welche sich bei der Section solcher Kinder vorfinden, der Art sind, dass sie mit anderen durch Metastase bedingten Leichenerscheinungen nichts gemein haben. — Dieser Fall tritt besonders markirt bei dem oben genannten Hydrocephalus acutus hervor, welcher sich an den vielen von uns untersuchten Kranken dieser Categorie als die natürliche Folge einer bereits länger vorhandenen chronischen Tuberculose (des Hirns oder der Bronchialdrüsen, seltener der Lunge oder *glandulae meseraicae*) herausstellte. — Es liegen uns daher in dieser Beziehung keine Erfahrungen vor, welche das Entstehen irgend einer inneren Erkrankung auf ein schnelles Verschwinden oder Heilen von Kopfausschlägen zurückführen liessen.

Parasiten beherbergt der Haarboden pflanzli…
thierische. Letztere (*Ped. capitis*) finden hier deswegen K…
weil ihre längere Anwesenheit Veranlassung zu Pustu…
schlage wird, welcher durch den fortwährenden Rei…
haut und durch Kratzen unterhalten und selbst …
Theile des Körpers verbreitet wird. Exemplare dieser …
beim ersten Anblick zu den wildesten Eczemen zä…
vernachlässigten Kindern eben nur solch artific…

Von pflanzlichen Schmarotzern kennt ma…
(*Torula-Species*) 1. Das *Achorion Schönle*… wo…
Trichophyton tonsurans (Malmsten), er…
Favus, letzteres die *Porrigo decalvans* …

Der Favus (*Tinea favosa*, Erbgrind) läs…
oberflächlichem Untersuchen an der For…
(Scheiben, welche oben concav unten conve…
den Krebsaugen gleichen), an den gruben a…
fungen in der gerötheten Kopfhaut, wenn …
Scheibe abhebt, und an dem charakteris…
erkennen. — Nach langer Dauer ist der Kop…
Eiterung und Borkenbildung, in eine dicke, sc…
gelbbraune und unebene Kruste eingehüllt, u…
stische Form ist zu Grunde gegangen. In ei…
wird es nothwendig, um sich zu überzeuge…
haarte Stelle bloszulegen, und die Pilze, …
che, leicht herauszuhebende Körperchen um …
scheinen, microscopisch zu untersuchen. Die…
stehen aus Epidermis, als Umhüllung, gegli…
Sporen, welche auf behaarte Stellen übertrag…
und wachsen. In diesem Sinne ist der Fa…
wird aber nur bei älteren Kindern beobachtet, …
Neugebornen bekam ich ihn nie zu Gesichte…

Herpes tonsurans oder *Porrigo* …
selbst bei grösseren Kindern seltene Erkrank…
aus einem Mittelpunkte beginnende und ex…
tende Ausfallen der Haare zu erkennen. Er…
oder mehreren Stellen zugleich, und hinterläss…
lergrosse haarlose Parthien, welche eine weiss…
oberfläche zeigen und nur selten wieder mit …
bedeckt werden.

Die verschiedenen Geschwülste …
welche wir bei Untersuchung des kindlichen K…
nach ihrem Ursprunge, nach ihrem Sitze, Inh…
lungsgange eine sehr differente Natur und Bede…

Geschwülste (Extravasate), welche in Folge mechanischer Verletzung durch Schlag, Druck, Fall etc. entstehen, zeigen durchschnittlich Ecchymosen und Veränderung der Hautfarbe; nur am Scheitel und am Hinterhaupte wird bei solchen subcutanen Blutextravasaten wegen Dicke der Haut manchmal keine bläuliche Färbung derselben wahrgenommen.

Extravasate, welche unter der Kopfhaut liegen, bilden wegen des kurzen und straffen Zellgewebes pralle, deutlich umgrenzte Geschwülste; ist die Ausschwitzung oder der Bluterguss zwischen Knochen und Schädelhaube erfolgt, so bekommt die dadurch bewirkte Geschwulst wegen geringer Ausdehnbarkeit der Aponeurose eine breitere verflachte Form; das nämliche Unterscheidungs-Merkmal gilt auch bei Abscessen, sobald die Eiteransammlung eintritt. Abscesse zwischen Kopfhaut und Galea entstehen häufig in Folge des Eczem und der Impetigo; Eiterherde zwischen Knochen und Schädelhaube sind seltener und werden durch Knochenerkrankung (Caries, Necrose) oder secundär durch Metastase erzeugt.

Die Kopfgeschwulst der Neugebornen (*Caput succedaneum*) trifft jene Stelle, welche sich zur Geburt stellte; erstreckt sich über Nähte und Fontanellen, ist teigig, behält den Fingereindruck einige Zeit bei; der Inhalt besteht aus Serum und Blut, welches theils unter der *galea aponeurotica* im Zellgewebe und der Kopfhaut angesammelt ist; dieser äusseren Geschwulst entspricht in manchen Fällen ein im Innern des Schädels zwischen den Hirnhäuten befindliches Extravasat.

In forensischer Beziehung mag die Bemerkung nicht überflüssig sein, dass kleinere Quantitäten extravasirten Blutes besonders auf den Scheitelbeinen bei Neugebornen nicht selten angetroffen werden.

Die Kopfblutgeschwulst der Neugebornen (*Cephalhaematom, Thrombus*) die Folge einer Hämorrhagie der Pericranealgefässe, charakterisirt sich durch eine nuss- bis nierengrosse fluctuirende Geschwulst, deren Bedeckung von normaler Färbung und Temperatur ist; sie findet sich gewöhnlich an einem Scheitelbeine (ausnahmsweise auf beiden oder an einer andern Stelle, z. B. am Hinterhaupte oder an der Stirngegend), entsteht nie an den Ossificationspunkten, überschreitet nie die Nähte und lässt an der Peripherie eine harte wallartige Einfassung fühlen (Osteophyt), das erste Rudiment der neu sich bildenden Knochenplatte. Der ungünstige Ausgang kann durch Caries, seltener durch eine an der inneren Knochenplatte entstehende Hämorrhagie herbeigeführt werden (*Thrombus internus*).

Sackförmige Ausbuchtungen aus offengebliebenen Knochenlücken am Hinterhaupt- und Siebbeine enthalten den vorgetretenen Arachnoideal-Sack mehr weniger von angesammelter Flüssigkeit ausgedehnt und von den betreffenden sehr verdünnten Häuten überzogen, daher durchscheinend; ein der Spina bifida analoger Zustand (Bednař).

Die Encephalocele besteht in einer nicht durchscheinenden pulsirenden, weichen, ziemlich gleichmässig abgerundeten nicht fluctuirenden Geschwulst, an derem Grunde man mehr weniger deutlich die umgebenden Ränder der Kopfknochen fühlt; beim Druck, welcher leicht Convulsionen verursacht, lässt sich das vorgelagerte Hirn nur bei gehörig grosser Oeffnung des Schädels reponiren und füllt die früher leeren Fontanellen oder Hirntheile wieder aus.

Auftreibung des Knochens, an einem Scheitel- oder am Stirnbeine, welche bei gewöhnlicher Wärme und Farbe der Kopfhaut langsam fortschreitet, beim Drucke wenig schmerzhaft ist und erst bei bedeutender Geschwulst ein unter der Aponeurose angesammeltes Extravasat durch Fluctuation erkennen lässt, ist Anzeichen von zwei äusserst selten vorkommenden Affectionen, nämlich: des nach aussen sich entwickelnden Carcinoms oder einer skrofulösen Entzündung des Pericraniums.

Balggeschwülste und andere Pseudoplasmen finden sich selbst bei grossen Kindern äusserst selten.

Die Schwellung der Lymphdrüsen des hintern Kopfsaugadergeflechtes, welche sich als härtliche verschiebbare Knoten anfühlen, ist die Folge von Kopfausschlägen, vorzüglich von Eczem, Impetigo und Suppuration.

Physicalische Untersuchung des Kopfes.

Die auf den Scheitel gelegte Hand fühlt bei manchen Kindern ein auffallend vermehrtes Mitschwingen der Kopfknochen mit dem Stimmorgane, welches weniger mit der Stärke der Stimme als mit deren Tiefe im Verhältniss steht. Die Ursache dieser Erscheinung liegt in dem gehinderten Durchgange der Luft durch die Nasenöffnungen, wie solches bei acuten und chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut beobachtet wird. Die Luft in der Rachen- und Nasenhöhle, nicht mehr in freier Communication mit der äussern Luft, pflanzt daher ihre Oscillationen im verstärkten Maasse auf die *Basis cranii* und die übrigen Kopfknochen fort.

Das Cerebralgeräusch, welches das aufgelegte Ohr in vielen Fällen von Hirnaffectionen wahrnimmt, besteht in starken kurzen, rauschenden Tönen, welche der Frequenz des Radial-

pulses entsprechen. Es wird am deutlichsten am Scheitel und an den Scheitelbeinen wahrgenommen.

Der Umstand, dass dessen Stärke von der Stärke des Herzstosses abhängt, dass es häufig selbst im Beginne der Hirnkrankheiten fehlt, dagegen bei anderen Affectionen z. B. Tonsillitis, Otitis wahrgenommen wird, benimmt ihm jede andere diagnostische Bedeutung, als jene einer verstärkten Action der grösseren Kopfschlagadern, in Folge eingetretener Stauung in den Capillaren.

Bei Neugebornen lässt die Untersuchung des Kopfes kein Geräusch wahrnehmen, wenn man absieht von dem, welches man an der Fontanelle bei starkem Blutzuflusse zum Gehirn wahrnimmt. (Schuller.)

Die encephalischen Erscheinungen.

Zu den objectiven Zeichen des Kopfschmerzes zählen wir folgende: Zusammenziehen der Augenbrauen, gesteigerte Wärme, Unruhe bei längerem Aufrechthalten und eintretende Ruhe bei Unterstützung des Kopfes; häufiges Hin- und Herdrehen (Wetzen) oder plötzliches Hin- und Herwerfen (Schnellen) desselben. Im höheren Grade der charakteristische Aufschrei, das Fahren mit dem Händchen nach der schmerzhaften Stelle, Zupfen an den Haaren, selbst Ausreissen derselben.

Bei anhaltendem, dumpfen Kopfschmerze zeigen grössere Kinder Theilnahmlosigkeit und ein besonders mürrisches Wesen; häufige Lageveränderung des Kopfes; beim Aufliegen oder bei Unterstützung desselben tritt zeitweise Ruhe ein; wenn sie schlafen, so geschieht dies bei mehr weniger geöffneter Augenlidspalte und beschleunigter Inspiration; das Erwachen, welches durch geringes Geräusch und durch leises Berühren herbeigeführt wird, ist nur ein Auffahren oder Aufschrecken, wie aus einem Traume, mit Wimmern oder Weinen verbunden. Dieser Zustand wird nur bei anderen acuten Erkrankungen in Folge von Hyperämie, bei idiopathischen Gehirnaffectionen beobachtet.

Die heftigen, anfallsweise sich verstärkenden Kopfschmerzen äussern grössere Kinder durch festes Anstemmen des Kopfes an eine Unterlage; durch die häufigen Bewegungen der Hände nach demselben; durch das plötzliche, grelle Aufschreien; zeitweise, kurze Schlummer unter tiefen Inspirationen (Seufzen), mit halbgeöffneten Augen, und unter den Kopf geschobenen Händen wird bald wieder durch einen Schmerzruf unterbrochen, mit welchem sich eine rasche Kopfbewegung (ein Schnellen, Werfen desselben) verbindet. Dies sind die Anzeichen idiopathischer Gehirnerkrankung.

Der Sopor ist Ausdruck verschiedener oft entgegengesetzter krankhafter Zustände des Hirns, 1) der Narcose, 2) eines ähnlichen Zustandes bei Infection durch heftig wirkendes Scharlach-, Masern- oder Variolen-Contagium; Hauptsymptom des Eruptions-Fiebers; 3) der Hyperämie nach Insolation, im Gefolge einer Entzündungskrankheit; sowie der Anämie nach Cholera, Diarrhöen, Blutverlust etc.; der serösen Ergüsse und Extravasate und der dadurch gesetzten Veränderungen.

Der plötzlich, ohne vorausgegangene andere Erkrankung, mit Fieberbewegung eintretende Sopor ist von Hyperämie herrührend, daher vorübergehend; gesellt er sich dagegen zu einer Reihe bereits vorhandener Kopferscheinungen, so ist er ein ominöses Zeichen, weil er aus der tiefsten Erkrankung der Hirnsubstanz hervorgeht.

Delirien, welche natürlich nur bei grösseren Kindern ausgesprochen vorkommen, begleiten in der Mehrzahl der Fälle Bluterkrankungen (Typhus, Miliartuberculose und Eruptionsfieber), seltener idiopathische Kopfaffectionen.

Die Erscheinungen des Hirndruckes (worunter wir die Beeinträchtigung der Hirnfunction nicht blos durch Druck, sondern auch in Folge der durch Exsudate, Extravasate und seröse Ergüsse herbeigeführten Erweichung und Zertrümmerung der Hirnsubstanz verstehen), treten durch mehr weniger zahlreiche und deutliche Störungen des gesammten Nervensystems zu Tage. Wir wollen dieselben hier nur im Allgemeinen anführen. In der sensitiven Sphäre: Schmerzempfindung an der afficirten Stelle; anfangs Hyperästhesie der Empfindungsnerven; Sopor, Schwinden des Bewusstseins; in der motorischen Sphäre: Pupillen-Erweiterung, anomale Stellung der Augapfel; Convulsionen, Tetanus, Lähmung, vorzüglich an den Muskelparthien der Extremitäten ausgesprochen; Einfallen des Unterleibes; in Folge der Affection im vegetativen Nervensysteme: Erbrechen, Unthätigkeit der Darm- und Blasenmuskulatur; unregelmässige, verlangsamte Herz- und Lungenaction. Die Störungen der Sinnesnerven treten zuerst im Auge, dann im Ohre, und erst später in der Nase und in den Geschmacksorganen hervor, wenn nicht etwa der Sitz des Hirnleidens der Art ist, dass es nothwendig einen Sinnesnerven vor dem andern oder ausschliessend trifft.

Eine einzelne Krankheitserscheinung genügt nicht, um uns eine Idee über Natur und Sitz eines Hirnübels zu gestatten, dazu gehört eine Reihe solcher Erscheinungen, so wie die genaue Berücksichtigung aller übrigen Momente: des Beginnes, Verlaufes, der Complicationen und der Krankheitsdauer.

Die Anzahl und Heftigkeit der encephalischen Erscheinungen hängt nicht immer von der Intensität

oder Grösse der pathologischen Veränderungen, sondern von der Schnelligkeit ab, womit sich diese Veränderungen bilden. Wir beobachten daher, dass Wasseransammlung, Tuberkelbildung, wenn sie successiv geschieht, Jahre lang bestehen kann, ohne besondere Hirnerscheinungen zu bewirken; während die Bildung der kleinen, grauen Miliartuberkeln auf der Meninx, Wasserausschwitzung in den Kammern, geringer Bluterguss, umschriebene Exsudate, wenn diese Krankheitsprocesse in kurzer Zeit erfolgen, unverhältnissmässig starke encephalische Erscheinungen zuwege bringen.

Wir geben hier einige Symptomgruppen, aus denen wir bis jetzt, in Ermanglung einer genaueren Nervenphysik, auf die pathologischen Vorgänge des Hirns und seiner Häute zu schliessen pflegen; beschränken uns aber blos auf acute Formen.

Die Hyperämie, Hirncongestion, gibt sich durch folgende semiotische Merkmale zu erkennen: Schnelles Auftreten eines dumpfen, sich steigernden Schmerzes, welcher mit geringen Remissionen anhält; das Kind sucht ruhige und unterstützte Lage des Kopfes; Sopor, oder zeitweises Klagen, bei grösseren Kindern Delirien, Schwellung und Pulsiren der grossen Fontanelle; Gefässinjection und Lichtscheu des Auges; convulsivische Bewegungen der Muskeln und der Extremitäten minderen Grades und nicht anhaltend. Es zeigen sich keine Lähmungserscheinungen in der vegetativen Nervensphäre: Puls frequent, hart; Athmung beschleunigt. Die Hyperämie als selbstständige Affection betrachtet, dauert nur wenige Tage, und wird nur Kindern im zartesten Alter tödtlich. Findet sich dieselbe als Todesursache in den Leichen grösserer Kinder, so ist mit aller Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass eine Bluterkrankung anderer Art (wie bei Typhus, Exanthemen, Urämie) zu Grunde gelegen habe.

Anämie des Hirns mit Hyperästhesie der Empfindungsnerven, (zum Theil der *Hydrocephalus secundarius* von Marshall Hall), die Folge von Typhus, Enteritis, *Cholera nostras*, zeigt als vorwaltendes Symptom einen hohen Grad von Erregtheit, (Schlaflosigkeit, Unruhe, lange anhaltendes Schreien oder Wimmern, Hin- und Herwerfen des Kopfes bei unvollkommenem Bewusstsein,) ohne Erscheinung des Hirndruckes. Diese Affection, als Effect einer vorausgegangenen erschöpfenden Krankheit, hat zwei Wochen zur längsten Dauer, und scheint durch sich allein den Tod nicht zu bedingen. Sie ist eben so oft mit allgemeiner Anämie als mit Stasen in einzelnen anderen Organen verbunden. Ihr Dasein lässt bei Abwesenheit anderer gefährlicher Complicationen und bei geeigneter Behandlung genug Hoffnung auf einen guten Ausgang übrig.

Die Erscheinungen der übrigen, häufigeren Gehirnkrankheiten, sind zur leichteren Uebersicht auf angefügter Tafel zusammengestellt, und wir haben darüber nur noch folgende Erläuterungen beizufügen, welche auf der Tabelle füglicher Weise nicht können angebracht werden:

Uebersichts-Tabelle der

	Serum-Erguss.			Ex-
Sitz	Meningen und Hirnsubstanz.	Arachnoideal-Sack.	Hirn-Ventrikel.	Meningen.
Benennung	*Oedema cerebri et Meningum*	*Hydrocephalus externus.*	*Hydrocephalus acutus internus.*	*Meningitis.*
Mehr unterworfen sind dieser Erkrankung	schwache, anämische Kinder; In Folge erschöpfender Krankheiten.	Angeboren; sonst Folge schwächender Krankheiten; Diarrhöe, Tuberculose, Hydrops *post Scarlatinam;*	Mehr Neugeborne und Kinder vor dem 1sten Jahre, welche sonst gesund sind;	Neugeborne in Folge von Pyämie, sonst gesunde, kräftige, Kinder;
Auftreten der Krankheit mit oder ohne Prodromi	hydropische Anschwellungen an anderen Theilen des Körpers und grosse Neigung zum Schlafe.		Mit Vorausgehen von intermittirenden Schmerzen in der Stirngegend, oder	Vorausgehende Schmerzen mit Remissionen;
Ausbruch und Verlauf	unmerklich, ohne Fieber, ohne Schmerz. soporöses Dahinliegen und Muskelerschlaffung.	Sopor, Muskelerschlaffung; Strabismus; Pupillenerweiterung; Convulsive Zuckungen; Wölbung der Fontanelle nur bei hohem Grade;	plötzlich, oder stossweise Ergiessungen mit Fieber, mit intermittirenden Schmerzen; Erbrechen; Sopor von Schmerzen unterbrochen; Eintritt der Convulsionen nach 7 Tagen, das Bewusstsein erhält sich lange; Lähmungen treten langsam auf;	Entzündungsfieber; Schmerzen heftig und anhaltend. Oftmaliges Erbrechen; am 2.—4. Tage schon Convulsionen; frühes Eintreten von Bewusstlosigkeit; Coma; die Lähmungen treten plötzlich auf.
Complicationen	Oedem d. Hände und Füsse, Lungenödem;	Hydropsie anderer Theile;	*Hyperaemia cerebri;*	Erythemflecke d. Haut, Schmerz in d. Gelenken;
Dauer	unbestimmt.		Einige Stunden — Wochen, oder wird	2 — 9 Tage;
Ausgang	selten chronisch; tödtlich in Folge der Hauptkrankheit.		chronisch; Heilung nur im Beginne möglich;	Heilung nur im Beginne möglich.

acuten Gehirnkrankheiten

sudate

Hirnsubstanz.	tuberculöses der Meningen.
Encephalitis.	*Meningitis tuber culosa.*
Manchmal angeboren; mehr Neugeborne in Folge von Pyämie als Kinder im späteren Alter, wo sie als Metastase erscheint;	Meist anämische mit Tuberculos behaftete Kinde nach dem Säug lingsalter;
plötzliches Auftreten eines heftigen, gewöhnlich fixen Schmerzes;	Auffallend mürr sches Wesen, E regtheit; Matti keit und Abmag rung durch Woche dauernd; zeitwei Kopfschmerz;
Anfälle stossweise; Fieber mit Frostanfällen und Hitze, Schmerzen sehr heftig, wie paroxysmenweise auftretend; Erbrechen häufig; Frühzeitige Convulsionen, einzelne Muskelparthien, oft ausschliesslich treffend, und ihre Lähmung herbeiführend, oder Contractur derselben; Bewusstlosigkeit und Coma folgen später;	Wenig Fiebe frühzeitig unre gelmässige Puls; Schmerz nich heftig, remittirend; Erbrechen; Erythem-Flecke; Seufzen, ungleiche Respiration; Stuhlverstopfung, Einsinken des Bauches; Convulsionen gewöhnlich nach der 1. Woche; Strabismus; das Bewusstsein schwindet langsam, Sopor, Lähmung.
Pyämie.	Erythem-Flecke, sehr flüchtig.
2—21 Tage.	2—3 Wochen.
Möglichkeit einer Heilung fraglich.	tödtlich.

Die beiden ersten Affectionen, das **Gehirn-Ödem** und *drops meningealis* lassen sich eher aus den voraus-
nen Krankheiten erschöpfender Art (Tuberculosen, Skrofu-
nhaltenden Diarrhöen, Gangrän, Scharlachwassersucht etc.)
den beginnenden hydropischen Anschwellungen anderer
vermuthen, als aus den pathognomonischen Erscheinungen
Ermattung der Bewegung) mit Sicherheit bestimmen; sie
Durchschnitte die Folgen der gegen das Ende eintretenden
schen Blutbeschaffenheit. — Der *H. externus* ist eine ange-
Anomalie und nur in diesem Falle von grösserem Umfange
iger Bedeutung; erworben erreicht diese Wasseransamm-
einen so hohen Grad.

Der *Hydrocephalus acutus* (*Hydrops ventriculorum*
ist als **idiopathische Krankheit** eine äusserst seltene
nung. Es ist bekannt, **dass die** *Meningitis tubercu-*
tets und ohne Ausnahme mit serösem Ergusse
Hirnkammern verläuft, und bisher unter dem
„hitzige Gehirnhölenwassersucht" beschrieben wurde. Wir
nach dem Beispiele der französischen Pädiatriker beide
nen, nemlich den primären und secundären *Hydrocephalus*
obgleich der acute Wassererguss vielleicht das Resultat
nlichen Blutkrase ist, welche die Meningeal-Tuberculose und
ecundär den Hydrocephalus bedingt; jedoch so lange nähere
e fehlen, bleibt die gemachte Trennung beider Affectionen
athologisch-anatomischen Standpuncte aus gerechtfertiget.
n Praktiker hat diese Unterscheidung freilich einen noch
en Werth, indem es seine Voraussage und sein therapeu-
Handeln bestimmt.

Wenn es sich um die Frage handelt, ob es möglich ist,
en Erscheinungen einen Schluss auf den wahr-
nlichen Sitz des Uebels zu ziehen, so lehrt uns
ahrung folgendes:

Exsudat und apoplectische Herde, oder Tuberkel, welche
längerten Marke oder dessen nächster Nähe sich befinden,
en gleich im Beginne der Krankheit, bevor noch andere
sionen sich einstellen, spastische Contractionen der Stimm-
welche sich manchmal zu Erstickungsanfällen steigern;

) Hat das Exsudat (bei Encephalitis) oder das Extravasat
Sitz im Grosshirn, so treten die Muskelcontractionen oder
ngen nur dann an der entgegengesetzten Körperhälfte auf,
ler fragliche Herd sich in den tieferen Schichten der Hämis-
oder mehr nach rückwärts befindet; je mehr sich derselbe
ie durch ihn bewirkte Erweichung den Centraltheilen des
nähert, um so **allgemeiner** treten auch die Bewegungs-
alien auf. Bessere Anhaltspuncte bietet die Lage des Kopfes,

das beständige Greifen des Kranken
seite, so wie die Erscheinungen am
Von den chronischen Ge
wir die Symptome des *Hydroceph*
Die *Tuberculosis chronic*
und geht endlich mit den Erscheinun
berculose zu Ende, oder sie gibt ihre G
welche mehr weniger Erscheinungen
druckes an sich tragen, aus denen
lichen Sitz und Charakter des Ueb
Anfälle erfolgen, desto mehre solcl
Symptome (Strabismus, Zittern, th
etc.) bleiben stationär, bis das Uebe
die Hirnkammern endet. Die Diagno
ersten Zeit nur durch nachweisbare
ausser Zweifel gestellt.

Die Differential-Diagno
wird nicht bloss durch die Symptom
das numerische Verhältniss des hä
kommens in einem gewissen Lebens
möglicht; so ist, wie bekannt,

die *Meningitis simplex* im
häufiger vor, als nach dem ersten Ja

die *Meningitis tuberculosa*
und Säuglingen, beträgt aber bei Kind
Hälfte aller Gehirnerkrankungen;

Encephalitis kommt selbst an
Neugebornen und Säuglingen in den
häufigsten vor, im späteren Kindesalter

Hyperaemia cerebri bei Ki
häufig; später nur selten idiopathisch;

Hämorrhagien beschränken sich
geborne und Kinder in den ersten Leben
Jahre kommen auf 100 Encephalopathie

Hydrocephalus acutus desto
wird; die wenigen davon vorkommend
Lebensjahr und stehen 2 zu 100. Der
bekannt, meistens schon angeboren, und

Tuberculosis chronica entwic
3. Jahre häufiger.

Ueberblicken wir ferner die Bed
lischen Erscheinungen für die
wir sagen:

1. die gefährlichsten Formen der K
man ohne Bedenken eine schlimme

ckeln sich gewöhnlich langsam; schnell auftretende Gehirnonen lassen besseres erwarten, wenn sie mit Fieber und gung, als wenn sie mit Erschlaffung, Verlangsamung des und Verminderung der Körperwärme verlaufen;

2. die stürmischen Symptome sind nicht immer die bedenkn; starke Congestionserscheinungen, Sopor, Convulsionen noch immer hoffen, so lange sich nicht die Lähmungserungen in der vegetativen Nervensphäre einstellen;

3. wenn sich letztere ohne viele Vorboten im Beginne der rkrankung zeigen, so ist gewöhnlich ein schlimmer Ausgang wärtigen;

4. wenn zu einer chronischen Erkrankung mit bedeutender öpfung oder zu wiederholten obgleich vereinzelt auftreten-Gehirnerscheinungen sich die Symptome des Hirndruckes en, so ist dies der Anfang des Endes.

NB. Zum Schlusse erlaube ich mir noch eine Bemerkung, e strenge genommen zwar nicht in das Bereich unserer Arbeit t, hier aber doch einer vorübergehenden Erwähnung werth emlich die: dass man in der Privatpraxis die Ander im Kindesalter vorkommenden Gehirnerkungen viel zu hoch stellt. Wenn man bedenkt: dass in der k. k. Findelanstalt (Jahresbericht von 1855) auf ranke,

im St. Annenkinderspitale (Jahresbericht von 1856) 34 Kranke,

im St. Josefkinderspitale (nach einem 5jährigen schnitte) auf 62 Kranke nur Ein Fall von idiopathischer nerkrankung entfällt, so wird man *additis addendis* die in en Todtenlisten und Krankheits-Ausweisen aufgeführte Ander an Hirnaffectionen erkrankten und verstorbenen Kinder um ein Bedeutendes zu hoch finden.

Ueber Syphilis congenita der
und Säuglinge.

Von
Dr. Herm. Zeissl,
Docent der Syphilodologie in Wien.

(Fortsetzung.)

Dieses nur flüchtig skizzirte Krankheitsbild
leiden, welches sowohl von Seiten der Gebu
der Findelärzte gewöhnlich als *Pemphigus* sy
schrieben wird, eine Benennung, die wir durc
fertigt finden. Man hat allerdings mit gutem
sten Syphiliden die entsprechende Benennung
syph. Hautkrankheiten übertragen, und hat au
Roseola, Psoriasis, eine Acne, Impetigo et Va
tirt, weil eben der elementære Bau der Efflo
citirten syph. Hautleiden mit dem der nicht sy
deutende Analogie zeigt. Demgemäss könnte
syph. Hautleiden als Pemphigus bezeichnen, we
Hautkrankheit bedingen würde, die sich durch
sen- bis taubeneigrossen durchsichtigen
sirt, oder es müssten Fälle vorkommen, wo
oder acquisita eine derartige Hautproruption
dem sogenannten *Pemphigus foliaceus* analoge
thet, d. h. fortwährend sich wiederholende
durchsichtiger Blasen, deren sich rasch eitrig
tum die Epidermidaldecke hinwegspült, wodurch
zündete Cutis, in mitunter grosser Ausdehnung

Nun ist mir bei den 2000 mit *Lues*
wachsenen Kranken, sowie an den 25,000
Hautkranken, die ich zu beobachten Gelegenheit
Fall vorgekommen, wo ich durch pathologische
chen der Efflorescenzen bemüssigt worden wäre
derartiger Bullen, wie sie der *Pemphigus*
lis zuzuschreiben.

Die syphilitische Natur eines Pemphigus
deduciren die Autoren aus den vorangegangenen

Syphilis deutenden Erscheinungen, oder endlich aus dem
stigen Erfolge einer mercuriellen Behandlung. So schliesst der
unsere Doctrin hochverdiente Arzt Prof. Dr. Waller in seinem
ihm im Jahre 1849 in der Prager V. I. S. beschriebenen
le desshalb auf die syph. Beschaffenheit des Pemphigus, weil
leich an der Kranken eine indurirte Schankernarbe und flache
dylome zu finden waren, und weil endlich nach mercurieller
andlung die Blasen schwanden. Ohne erst die bekannte That-
he hervorzuheben, dass die Syphilis auch andere nicht syph.
tleiden neben sich bestehen lasse, will ich dem Falle Wal-
s einen von mir an Prof. Hebra's Abtheilung beobachteten
l entgegenstellen:

Im Monate März 1847 wurde auf Z. Nr. 61 ein ungefähr 36
re altes mit der Krätze behaftetes Weib aufgenommen. Bei der
der Kranken von mir vorgenommenen Aufsuchung von Krätz-
ben, entdeckte ich an derselben ein allenthalben gleichmässig
breitetes lenticulæres hie und da in der Abschuppung begriffenes,
it schon länger bestehendes papulöses Syphilid. Nach bewerk-
ligter Heilung der Krätze wurde die Kranke auf Z. Nr. 36
sferirt und wurden daselbst alle Symptome der Syphilis vor-
lich mit Protojod. hydrarg. zum Schwinden gebracht. Die
nke befand sich bereits einige Tage ohne Medicament und war
r Entlassung gewärtig. Am Vorabende des Tages jedoch, wo
entlassen werden sollte, klagte sie über Unwohlsein, Fieberfrost
l Hitze, und des andern Tages waren bereits die unteren Ex-
nitäten mit vielen erbsengrossen helldurchsichtigen Pemphigus-
sen besetzt. Diese Blasen vergrösserten sich allmälich durch
ipherische Aufhebung der Oberhaut, oder es flossen mehre
e nebeneinander stehende in eine zusammen und erlangten
durch einen solchen Umfang, dass die aus einzelnen Blasen
leerte Flüssigkeit die grössten Schröpfgläser füllte. Obwohl
h einigen Tagen keine neuen Blasen mehr anschossen, be-
d sich die Kranke doch noch immer sehr unwohl. Indifferente
pectative Therapie, knappe Diät. Bei der wiederholt vorge-
nmenen Untersuchung des Harns der Kranken zeigte sich in
nselben eine bedeutende Quantität Albumen. Bald schwollen
Füsse ödematös an, es entwickelte sich von unten nach auf-
rts *Hydrops anasarca*, und stellte sich eine solche Abnahme von
iften ein, dass wir der Auflösung der Kranken gewärtig waren.
Kranke erhielt Gersten-Absud mit verdünnter Salpetersäure.
reichlicher Harnentleerung schwand die Wasseransammlung
Hautzellgewebe, das Eiweiss im Harne verringerte sich all-
lich, die zuletzt entstandenen Blasen vertrockneten und desqua-
ten, die Kranke lebte wieder auf und wurde nach erzielter
iftigung geheilt entlassen.

Im Frühling des Jahres 1850 also drei Jahre sp
suchte dieselbe Person einer ehelichen Misshelligkeit weg
Sprung durchs Fenster des ersten Stockwerkes auf die g
Strasse, und wurde mit gesprengtem Sprungbeine de
Fusses auf die Klinik des Herrn Prof. von Dumrei
bracht. Bei der hier vorgenommenen Entkleidung de
zeigte sich an der Bauchdecke derselben unterhalb
ein im Umfange einer grossen Flachhand gruppirtes
fluirendes, grösstentheils zu braunschwarzen Krusten
tes impetiginöses Syphilid (Syphilide pustulo-crustacée
bert), welches bekanntlich stets eine Recidive einer be
delten Syphilis beurkundet. Die Kranke wurde nach
Knochenbruches wieder auf die Abtheilung Prof. He
ferirt und hier durch die Frictions-Kur der völlige
zugeführt.

Aus dieser skizzirten Krankengeschichte geht
bei der Kranken im J. 1847 die syph. Diathese
getilgt war, sondern latent fortbestand, und sich du
(vielleicht schon früher) durch Bildung syph. impetig
wieder auf der Haut manifestirte, und dennoch verl
dieser schwere Pemphigus ganz so wie alle übrige
theilung des Prof. Hebra vorgekommenen Pemphigen
durch die im Organismus hausende Syphilis irgendw
zu sein oder eine mercurielle Behandlung nöthig zu

Wir glauben demnach, dass der *Pemphigus vulgari*
scheinlich auch der *exfoliaceus* an erwachsenen syphil
dividuen vorkommen könne, so wie an einem mit S
hafteten ein *Eczema rubrum* oder *chronicum* vorkomm
Dass es aber einen eigenthümlichen den Stempel der S
sich tragenden Pemphigus gäbe, wollen wir wenig
zweifeln.

Was ferner den in den Lehrbüchern bereits sehr pop
wordenen *Pemphigus syph.* der Neugebornen belangt,
wir durch die Eingangs dieses Kapitels gegebene Schi
derjenigen Efflorescenzen, welche das als *Pemph. syph.*
rum bezeichnete Hautleiden constituiren, gethan zu
dass diese Efflorescenzen in ihrem Baue vielmehr der
Pustel oder Bulle als der Pemphigus-Blase entsprechen
wenn zugleich ihre *Basis* eine in die Cutis tief eing
Verschwärung darböthe; *da jedoch dieses* wichtige Criter
Rupia fehlt und andererseits bei der Varicella syph.
wachsenen ebenfalls wie hier eine tellerartige Vertiefung
zelnen mit dünnflüssigem *Eiter erfüllten* Efflorescenzen vo
so glauben wir, dass es *logischer* und den Gesetzen d
logie nach weit gerechter *ist*, wenn man die in Rede

Form der Hautsyphilis, als pustulöses oder bullöses *Syphilid*, oder der Aehnlichkeit wegen, den sie mit der *Varicella syph.* der Erwachsenen darbietet, als *Varicella syph. neonatorum* bezeichnet.

Als accessorische Erscheinungen kommen beim *pustulösen* Syphilide der Neugebornen gewöhnlich an den Fersen *bedeutende* Excoriationen vor. Flache Condylome (*Plaques muqueuses*) habe ich an Kindern, die mit dieser Form von Hautsyphilis behaftet waren, noch nicht beobachtet; immer waren jedoch die Räumlichkeiten der Nasenhöhlen durch eingedicktes vertrocknetes Secret der Schneider'schen Membran verengt, und in Folge dessen das Athmen durch die Nase derartig erschwert, dass solche Kinder fortwährend, namentlich während des Säugens schnauften, und nur mit steter Unterbrechung saugen konnten. Ich sah derartige Kinder von Müttern zur Welt gebracht, die keine *Spur* von Syphilis zeigten, und wurden die Mütter, wenn *sie derartige* Kinder säugten, nicht inficirt, so wie mir überhaupt *kein Fall* erinnerlich ist, dass eine Mutter, die ihr mit *Syphilis congenita* behaftetes Kind säugte, von demselben inficirt worden *wäre.*

Wenn mit dem pustulösen Syphilide behaftete Neugeborene gegen 14 Tage oder darüber ihr sieches Leben fristen, so entstehen nicht selten an einzelnen Nagelgliedern der Finger und Zehen panaritiumartige Anschwellungen, welche meistens in der Nähe der Matrix des Nagels eiterig schmelzen, *wodurch* die Abstossung des betreffenden Nagels eingeleitet wird.

Ausfallen der Kopfhaare oder der Augenbrauen durch Syphilis congenita, habe ich selbst bei solchen Neugebornen oder Säuglingen, die mit ungewöhnlich starkem Haarwuchs versehen waren, noch niemals beobachten können.

Alle mit pustulöser Syphilis behafteten Neugebornen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, starben innerhalb 14 Tagen bis 3 Wochen ihres Lebens, diejenigen Neugebornen, welche das Hautleiden mit zur Welt brachten, sahen [illegible]el elender aus und starben in den ersten acht Tagen nach ihrer Geburt.

Das impetiginöse oder sogenannte Borken-Syphilid sah ich, mit Ausnahme kleiner Krüstchen am behaarten Kopfe, bei Neugebore-nen ebensowenig, als ein Knoten-Syphilid oder eine Rupie.

Rupia syphilitica ist immer ein Symptom von acquirirter Syphilis, und sah ich selbe bei erwachsenen Kindern nur zweimal, und zwar bei einem 8- und 10jährigen Mädchen, von welchem das Erstere durch die an *Ecthyma syphiliticum* leidende Mutter inficirt wurde, während bei der zweiten an der rechten grossen Schamlefze eine bedeutende Narbe als wahrscheinliche Spur eines vorangegangenen phagadänischen Schankers zu sehen war. Das Knoten-Syphilid oder die sogenannten exulcerirenden oder perfo-

rirenden Tuberkeln, als hereditäre Syphilis, sah ich nur bei mehrjährigen Kindern, in der Form eines *Lupus exulcerativus* oder *serpiginosus*, niemals aber als zerstreut stehende Knoten bei Neugebornen oder Säuglingen.

Bednař, der ein Knoten-Syphilid der Säuglinge beschreibt, scheint sich über das Knoten-Syphilid im Sinne der Syphilidologen nicht klar gewesen zu sein, er belegt namentlich, wie aus seiner Beschreibung hervorgeht, das stärker entwickelte papulöse Syphilid mit diesem Namen, was schon daraus hervorgeht, dass er in zwei Fällen, wie er sagt, beim tuberkulösen Syphilid *Plaques muqueuses* am Scrotum und in den Schenkelfalten beobachtet hat, — während *Plaques muqueuses* nie in Begleitung mit einem wahren tuberkulösen Syphilide vorkommen. Schliesslich sagt Bednař selbst, dass diese Knoten von Mayr und Andern Condylome (natürlich flache) genannt werden, mit welchem Namen Ersterer auch die infiltrirten Hautstellen, zwischen den Rhagaden an den Lippen und am After (mit vollem Rechte) belegt.

Das Vorkommen vesiculöser Syphiliden, als deren Repräsentanten gewöhnlich der *Herpes syphiliticus* und das *Eczema syphiliticum* angeführt werden, glaube ich meiner Erfahrung nach ebenfalls in Abrede stellen zu müssen. In Gruppen stehende Bläschen (*Herpes*) habe ich an, der Syphilis verdächtigen, Neugeborenen und Säuglingen noch niemals gesehen, diejenigen Veränderungen der Haut aber, die mir als *Eczema syphiliticum* vorgezeigt wurden, erwiesen sich entweder als nässende flache Condylome, an zarten oder der Reibung und Verunreinigung ausgesetzten Hautstellen, wie z. B. am Scrotum, in den Genitocruralfalten, in der Achselgegend, in den Falten des Gesässes und der Kniebeuge, oder es waren einfache Eczeme, welche mit der Syphilis ausser allem causalen Nexus standen.

Affectionen der Schleimhäute.

Die Schleimhaut mit hereditärer Syphilis behafteter Neugeborner und Säuglinge erkrankt nur an den der Aussenwelt zunächst liegenden Parthien; so erscheinen krankhafte Veränderungen, vorzüglich an der Nasenschleimhaut, an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, vom Roth der Lippen angefangen, bis hin zur Kehlkopfhöhle, ferner an den Uebergangsstellen der allgemeinen Bedeckung des Afters und der Geschlechtstheile zum Schleimhautüberzuge der betreffenden Gegenden. Unter allen Theilen der Mund- und Rachenhöhle bilden die Lippen, namentlich in der Nähe der Mundwinkel, den häufigsten Sitz der syphilitischen Affectionen, diesem zunächst der *Isthmus faucium*, die Zunge, die innere Fläche der Wangen und der Lippen. Ferner der Schleimhautüberzug des knorpeligen Theiles der Nasenscheidewand. Sy-

che Affectionen der hintern Wand des Rachens, des Schlund- und der höhern Gegend der Nasenhöhlen, habe ich bei borenen und Säuglingen noch nie gesehen. Sehr häufig ent- ist der Schleimhautsüberzug der Stimmritzenbänder und der anischen Höhle des Kehlkopfes krankhaft geschwellt, letzte- stand gibt sich bei der Unzugänglichkeit der Stelle nur durch enthümlich veränderte Stimmbildung beim Weinen der Kin- erkennen. Die quiekende Stimme derartig weinender Kinder ich am Besten mit den schrillen Tönen einer Kindertrompete ichen.

)ie krankhafte Veränderung aller eben angeführten Schleim- ırthien macht sich durch anhaltende Hyperämisirung und ;erung aphtöser Exsudate bemerkbar. Durch diese Exsuda- vird das Epithelium der erkrankten Stellen milchig getrübt. xsudat wird entweder allmälig aufgesogen oder abgestossen, lch letzterem Falle die kranken Parthien ihres Epithels be- werden und leicht bluten, oder sie werden einer oberfläch- Verschwärung ausgesetzt. Die Verschwärung findet an den- n Stellen statt, welche dem Einflusse der Aussenwelt, dem :e und der Reibung zumeist ausgesetzt sind, so z. B. am Roth ippen, an den Lippen-Commissuren, am Umfange des Afters. esen Stellen zerklüftet sich gewöhnlich die blossgelegte, ge- llte Cutis, und bildet ziemlich tiefgehende Risse, Fissuren lem griechischen Zeitworte ῥαγιζω aufspringen), *Rhagades* ge- Diese nicht selten blutigen Schrunde bedecken sich mit aus cknetem Blute entstandenen Krusten, und machen das Sau- ıd die Stuhlentleerungen schmerzhaft. Am Rücken der Zunge die croupöse oder aphtöse Exsudation Verdickungen des ·ls, welches Letztere sich zuweilen, wie schon erwähnt, an ıen Stellen abstösst, an anderen Stellen aber länger haften , wodurch sodann inselförmige epitheliumlose, hochroth ge- , oder perlmutterweisse, von verdicktem getrübten Epithel rende Stellen entstehen. Derselbe Vorgang wiederholt sich ı Mandeln, am Zäpfchen und den Gaumenbögen.

'en Vorgang, dass sich derartige Exsudate zu spitzen Con- ·n organisiren, wie dies bei Erwachsenen nicht selten der :t, habe ich bei Neugeborenen nur an der Aftermündung htet. Tiefer greifende Exsudate oder Infiltrate, sogenannte :ende Schleimhaut-Tuberkeln oder ausgehöhlte Geschwüre Mandeln habe ich an mit *Syphilis congenita* behafteten Neu- ıen noch nicht gesehen.

ie syphilitische Affection der Nasenschleimhaut ist unter ımen der *Coryza syphil.* der Neugeborenen bekannt. Der kelungsgang dieses Leidens ist folgender: Die Nasenschleim- besonders die der knorpeligen Nasenscheidewand entspre-

chende, röthet sich auffallend, und wird etwas geschw
weilen ist auch hier ein croupöses Exsudat bemerkbar.
fene Nasenschleimhaut sondert anfangs einen zwar
aber nur dünnflüssigen Schleim ab. Allmälig wird jedoch
fliessende Nasensecret consistenter, gelber, eitriger
jauchig. Die Schleimhaut der Nasengänge wird durch
Secret erodirt und blutet leicht, wodurch das ausfliesse
blutig gestriemt wird. Ebenso wie die Nasenschleimhaut
wand wird auch der Saum der Nasenmündung und
der Oberlippe excoriirt. Je consistenter das Nasensec
reichlicher die Blutaussickerung und Bildung von
pfröpfen, desto mehr werden die, durch die Ansch
Schleimhaut und ihre Exsudation, ohnedies beengten
noch mehr in ihren Räumlichkeiten beeinträchtigt,
Athmen mit geschlossenem Munde beinahe unmögli
das Saugen den Kindern um so mehr unsägliche Qu
wenn durch die gleichzeitige Affection der Mandeln
erschwert ist. Zuweilen verbreitet sich dieser catarrha
durch die Thränenwege auf die Bindehaut eines oder
und ruft hier die Ophthalmoblennorrhöe mit ihren
Folgeleiden hervor.

Das Einsinken des knöchernen Gerüstes der N
ausgegangene Necrosirung des Pflugschaarbeines,
Siebbeines, welches von den Autoren als Ausgang und
angeführt wird, habe ich bei Neugeborenen wie mir
nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt, so
unterkam, wo bei Neugeborenen, die mit ausgesprochen
congenita behaftet waren, eine sogenannte Stinknase
sicheres Zeichen der beginnenden Necrose der Nase
Erwachsenen, sich bemerkbar gemacht hätte.

Alle oder einzelne dieser eben angeführten kran
änderungen der Schleimhaut kommen nur in seltenen
sich allein bestehend vor, in den meisten Fällen aber
die bereits geschilderten krankhaften Erscheinungen
nen Bedeckung.

Diagnose.

Es ist einleuchtend, dass die Natur nicht immer
im engen Rahmen gezeichneten Schilderungen haarkle
chende Krankheitsbilder hervorruft. Nicht in allen Fälle
die im kindlichen Organismus hausende Krankheit, durc
reiche maculöse, papulöse oder pustulöse den vers
Fasen befindliche Efflorescenzen kund, nicht immer beg
oben angeführten Schleimhaut-Erkrankungen die krankh
scheinungen der allgemeinen Bedeckung. Sehr oft sind

zelne kupferrothe Flecken oder Papeln, oder einige wenige beider dieser Efflorescenzen, ein oder der andere Schleimtuberkel (flaches Condylom), welche im Vereine mit dem elenden Aussehen der Frucht das Grundleiden verrathen. So erscheinen zuweilen nur 2—3 bald vertrocknende Pusteln, und würden selbst den kundigsten Blick über das Wesen der Efflorescenzen in Zweifel setzen, wenn nicht die entzündliche, infiltrirte, dunkel geröthete, excoriirte oder bis in die Cutis exulcerirte Fersenhaut, so wie die strahlenförmig gegen den After hin convergirenden exsulcerirten Fissuren und die gewöhnlich decubitusartig geröthete Umgebung des Afters allen Zweifel über das Wesen der Krankheit beheben würden. Mit anderen Worten: Die *Syphilis congenita* der Neugeborenen lässt sich ebensowenig in allen Fällen aus einem Symptom erkennen, als wie die acquirirte Syphilis der Erwachsenen. Eine sichere Diagnose lässt sich nur aus dem Complex der Symptome, aus dem Gesammtbilde der pathischen Erscheinungen ableiten.

Prognose.

Wie wir schon theilweise bei den einzelnen Formen der Haut-Syphilis angedeutet, halten wir die angeborene Syphilis bei Neugeborenen für ein absolut tödtliches Leiden. Die meisten mit *Syphilis congenita* behafteten Neugeborenen sterben vor Erlangung der dritten Woche ihres Lebens.

Diejenigen Fälle, welche von Findelärzten als von der *Syphilis congenita* geheilt angeführt werden, betreffen immer Kinder, an welchen die Syphilis bei deren Geburt, oder kurz nach derselben nicht bemerkt wurde, Kinder, die erst bei den Pflegeeltern, somit erst nach einigen Wochen und nicht unter den Augen der Aerzte erkrankten, wo also immer der Verdacht obwaltet, dass diese Kinder erst nach ihrer Geburt von einer Amme, einer Wärterin, einer Pflegemutter etc. inficirt wurden, daher nicht an angeborener, sondern an acquirirter Syphilis litten. Gewöhnlich machen erschöpfende, nicht selten blutige Diarrhöen, zuweilen mit Erbrechen dem siechen Leben dieser Kinder ein, oft unerwartet, rasches Ende. Kinder, an denen gleich bei der Geburt, oder kurz nach derselben sich die Syphilis bemerkbar macht, sterben früher als diejenigen, bei denen das Leiden sich erst nach Verlauf einiger Tage kund gibt.

Anatomie.

Ueber das, was im Innern der an angeborner Syphilis leidenden Neugeborenen vorgeht, haben wir noch keine Symptomatologie, und hat uns nur der Leichenbefund darüber in Kenntniss gesetzt. Dubois,*) der viele von syphilitischen Eltern erzeugte Kinder

*) Gazette medicale, 1850, No. 20.

zu obduciren Gelegenheit hatte, fand in der sonst nicht veränderten Thymusdrüse Eiterheerde. Ich habe zwar nur wenige derartige Kinder, aber stets im Vereine mit Anatomen vom Fache obducirt, konnte aber niemals eine derartige Erkrankung der Thymus nachweisen. Prof. Braun, Späth und Wedl haben sich jedoch über den Nexus der hereditären Syphilis und der Degeneration der Thymus mehrmals überzeugt. Sie fanden *) in dem entsprechenden Lappen der Thymus mehrere mit einer purulenten Flüssigkeit gefüllte Höhlen, oder eine grössere Centralhöhle, welche gleich jenen eine gelblich trübe Flüssigkeit einschloss. Letztere enthält nicht mehr, wie im Normalzustande, jene bekannten kernigen grauen Elemente, sondern granulirte Kugeln, welche nach Behandlung mit verdünnter Essigsäure die charakteristischen Kerne der Eiterkörperchen zeigen. Auch kommen in der Intercellularflüssigkeit die gestreckten Fäden des Schleimstoffes zum Vorschein.

Derartige haselnussgrosse Eiterheerde und eben so grosse hepatisirte Stellen in den Lungen habe ich einige Mal an syphilitischen Neugebornen zu sehen Gelegenheit gehabt. Auf die krankhafte Veränderung der Leber syphilitischer Neugeborener hat zuerst Gubler in einer in der *Gazette medicale* vom 24. Mai bis 5. Juni 1851 veröffentlichten Arbeit: „*Memoires sur une nouvelle affection du foie*,“ aufmerksam gemacht. Gubler unterscheidet eine allgemeine und partielle Affection der Leber. Im ersteren Falle und wenn die Alteration des Leberparenchyms ihren höchsten Grad erreicht hat, hat die Leber eine gelbe Farbe, ähnlich der eines Feuersteines. Auf dem gleichmässig gelben Grunde beobachtete Gubler bei genauer Besichtigung mehr oder weniger deutliche kleine, weisse, undurchsichtige Griesskorn ähnliche Punkte, die aneinander gereiht und dentritisch verzweigt blutleeren Gefässen ähneln. Gubler erkennt diese Veränderung der Leber als eine Art Cirrhose.

Trousseau fand die Leber beträchtlich vergrössert, sehr hart, gelb wie Sohlenleder, und obwohl nicht fettig degenerirt, doch von fettartigem Aussehen. Mittelst des Mikroskops erkennt man nach Trousseau, dass die Gefässe obliterirt, oder vielmehr durch plastische Lymphe, welche sich um sie herum ergossen zu haben scheint, comprimirt sind. Trousseau findet in dieser, der Cirrhose ähnlichen Erkrankung der Leber die Hauptursache der Tödtlichkeit der angeborenen Syphilis.

Ich sah mehrmals in der Leber syphilitischer Kinder, einige Mal in den Nieren und der Milz bindezellgewebeartige Neubildun-

*) C. Braun's Geburtshilfe, Seite 542—543, und Wedl's Histologie Seite 359.

gen und narbige Einziehungen. *) Bedeutende Vergrösserung oder Verkleinerung der Leber bei syphilitischen Neugeborenen habe ich eben so wenig, wie eine krankhafte Veränderung der Hoden gesehen. Die meisten Leichen der an *Syphilis congenita* verstorbenen Neugeborenen zeigten allgemeine Blutarmuth.

Behandlung.

In so lange ein von syphilitischen Eltern erzeugtes Kind keine merklichen Zeichen von Syphilis zeigt, bedarf wohl dasselbe in dieser Beziehung eine scharfe Beobachtung, soll aber durchaus keiner antisyphilitischen Behandlung unterzogen werden. Ist es die überstandene oder noch bestehende *Lues universalis* des Vaters, welche den Gesundheitszustand des Kindes verdächtigt, die Mutter aber gesund, so kann diese unbeschadet ihrer Gesundheit und der des Kindes, dasselbe stillen. War aber die Mutter während der Schwangerschaft mit constitutioneller Syphilis behaftet, und bringt dessen ungeachtet ein Kind ohne alle sichtliche Spuren von allgemeiner Syphilis zur Welt, was sehr oft der Fall ist, so soll ein solches Kind, wo möglich einer gesunden Amme zur Säugung und Pflege übergeben werden; denn wenn man auch die Milch der Mutter nicht als Träger des syphilitischen Giftes annehmen, wenn man auch in derselben chemisch oder mikroskopisch keine krankhafte Veränderung nachweisen kann, so kann selbe, da sie von einem kranken geschwächten Organismus herrührt, doch keinesfalls als gesundes Nahrungsmittel angesehen werden.

Ist die Mutter gesund, das Kind aber mit Zeichen der secundären Syphilis behaftet, so soll die Mutter, wenn ihre Brust hinreichende Nahrung liefert, ihr Kind um so mehr säugen, weil mir wie schon bemerkt, noch kein Fall unterkam, dass ein syphilitisches Kind seine eigene Mutter inficirte, während die fremde Amme sehr oft inficirt wird. Die Mutter wird überdiess ihrem eigenen gewöhnlich geschwächten Kinde die Nahrung reichlicher und unverdrossener zukommen lassen, als dies von Seiten einer gemietheten Amme geschieht.

Ist aber Kind und Mutter syphilitisch krank, so trachte man für das Kind eine gesunde Säugamme zu gewinnen, weil das Säugen, die ohnediess durch die Syphilis herabgekommene Mutter noch mehr entkräftet, und das Kind von der eigenen Mutter mindestens keine normale Milch empfängt. Die fremde Amme muss jedoch bevor sie die Säugung des Kindes übernimmt, über dessen Krankheitszustand in Kenntniss gesetzt und aufmerksam gemacht wer-

*) Auch Wedl erwähnt in seiner Histologie Seite 519 einer Zellgewebs-Neubildung in der Leber eines syphilitischen Neugebornen, dessen Mutter ebenfalls syphilitisch war.

den, dass sie, wenn eine oder die andere Brustwarze wund ist, diese dem Kinde nicht reiche, dass selbe nicht nach der alltäglichen Gewohnheit der Ammen das Kind mehrere Stunden hintereinander an der Brust liegen lasse, damit die Brustwarze nicht zu lange Zeit mit den gewöhlich afficirten Lippen des Kindes in Berührung bleibe. Nach jedesmaliger Säugung möge die bezügliche Brustwarze sorgsam gewaschen werden. Durch Verheimlichung der Krankheit des Kindes, oder durch Ueberredung eine gesunde Frau bestimmen zu wollen, ein derartiges Kind zu säugen, wäre ein um so unverzeihlicheres Vergehen, weil gegen die zweifelhafte, ja nach unserer Ansicht höchst unwahrscheinliche Rettung eines solchen Kindes, die Gesundheit der Amme mit unverzeihlicher Leichtfertigkeit aufs Spiel gesetzt würde. Entschliesst sich keine Amme die Säugung des kranken Kindes zu übernehmen, und ist die Mutter durch die syphilitische Diathese noch nicht zu sehr herabgekommen, so kann die Mutter, welche alsbald und zugleich mit dem Kinde einer antisyphilitischen Behandlung zu unterziehen ist, dem Kinde die Brust reichen. Sind aber bei der Mutter bereits Zeichen der syphilitischen Dyscrasie vorhanden, so erhält die künstliche Ernährung des Kindes, durch Einflössung von frischer, reiner Kuhmilch, oder einer durch das Saugrohr gewonnenen Ammenmilch den Vorzug. Wird die angeerbte Syphilis bei Neugeborenen erst mehrere Tage nach deren Geburt bemerkt, oder wurde sie früher nicht erkannt, und wird die bereits fungirende Amme inficirt, so möge diese Amme, falls sie sich nicht dagegen sträubt, beibehalten, und mit dem Kinde einer entsprechenden Behandlung unterworfen werden. Weigert sich jedoch die Amme die Säugung fortzusetzen, so entschliesse man sich zur künstlichen Ernährung des Kindes.

Bei der Behandlung syphilitischer Neugeborener und Säuglinge ist auf die Reinlichkeit, Pflege und Wartung derselben ein besonderes Augenmerk zu richten. Namentlich sind die etwaigen Säugedütten rein zu halten, und nach jedesmaliger Stuhlentleerung die gewöhnlich excoriirte oder exulcerirte Aftermündung, sowie ihre Umgebung zu waschen und trocken zu legen.

Die medicamentöse Behandlung ist theils eine örtliche, theils eine universelle, d. h. Verbesserung der Blutmasse abzielende.

Die örtliche Behandlung unterstützt nur die allgemeine, und besteht in der Anwendung leichter Aetzmittel an den exulcerirten Stellen der Lippen und des Afters, um die Ueberhäutung dieser Stellen schneller zu erzielen, als diess durch die blosse allgemeine Behandlung bewirkt würde, um auf diese Weise die Schmerzen beim Säugen nud bei der Stuhlentleerung zu beheben.

Zur Beförderung der Resorption aphtöser diphteritischer Exsudate an den Mundlippen und Mundwinkeln bedienen wir uns folgender Sublimatlösung:

Rp. Subl. corros. gr. duo.
Mucil. gg. ar. dr. duas.
Aq. com. unc. duas.

Mit dieser Lösung werden die betreffenden Stellen mehrmals des Tags mittelst eines feinen Haarpinsels bestrichen. Zur schnellen Tilgung der flachen Condylome und Heilung der Fissuren am After, berühren wir diese ein oder zwei Mal des Tages mit einem Lapisstifte, oder bestreichen diese Stellen, namentlich bei häufigen Diarrhöen mit folgender Salbe:

Rp. Praecip. rubri gr. quinque.
Ung. cerati dr. duas.

Durch die Berührung mit salpetersaurem Silberoxid wird nicht nur die lokale Heilung bethätigt, sondern der gebildete Schorf schützt zugleich die exulcerirten Stellen vor Verunreinigung durch Fäcalflüssigkeit, während die aufgetragene Fettschichte der Salbe ebenfalls jede Irritation der exulcerirten Stellen von Seiten der wässerigen Stuhlentleerungen verhütet.

Was die allgemeine Behandlung der syphilitischen Neugeborenen und Säuglinge betrifft, so bin ich durch die an erwachsenen secundär syphilitischen Individuen gemachte Erfahrung, dass nach dem jetzigen Standpunkte unserer Wissenschaft keine Heilmethode dem Umsichgreifen der syphilitischen Blutvergiftung ein so erfolgreiches Halt zu gebieten im Stande ist, als eine mit Umsicht und Schonung geleitete mercurielle Behandlung, zu dem, ich glaube, logischen Schlusse gedrängt worden, dass auch für Neugeborene und Säuglinge, welchen diese Seuche als Erbtheil von ihren Eltern überkam, nur in einer dem zarten Kindesalter angemessenen mercuriellen Behandlung ein Heil zu hoffen sein dürfte. Man hat nun von vielen Seiten, in Berücksichtigung der zarten Organisation der Säuglinge, diesen die mercuriellen Heilmittel auf indirectem Wege, nämlich durch die Milch der antisyphilitisch behandelten Amme, zuzuführen gesucht, oder man verabreichte Ziegen oder Eselinnen Mercurialien, und flösste sodann diese mercurhältige Ziegen- oder Eselinnenmilch dem kranken Säuglinge ein. Die wiederholt angestellten chemischen Untersuchungen der Milch mercuriell behandelter Ammen, so wie der mit Mercur gefütterten Thiere zeigte jedoch, dass erst nach mehrtägigem Genusse des Mercurs eine nur sehr kleine, zur Heilung der Syphilis ungenügende Quantität Quecksilbers zu finden sei.

In Berücksichtigung dessen, dass nur eine kaum merkliche Quantität Mercurs in die Milch übergeht, so wie in Folge der wiederholten Ueberzeugung, dass Säuglinge in vieler Beziehung Mercur besser vertragen als Erwachsene, indem bei denselben nie ein Ptyalismus eintritt, dass daher die schweren Zufälle, die durch die directe mercurielle Behandlung bei Säuglingen hervorgerufen wer-

den sollen, theils erdichtet, theils übertrieben sind; ziehe ich nach dem Beispiele der meisten jetzt lebenden Syphilodologen die directe Behandlung der indirecten vor.

Wenn keine Diarrhöen oder sonstige Complicationen es verbieten, so verordne ich Calomel oder *Protojoduret. Hydrarg.* in folgender Formel:

Rp. Calomel. laevigati oder: *Protojod. hydrarg. gr. duo.*
Sacch. albi dr. unam.
Div. in dos. aequal. No. XII.

und lasse hievon früh und Abends ein Pulver, somit 1/3 Gran Calomel oder *Protojoduret* verbrauchen. Treten hierauf häufige Stuhlentleerungen mit oder ohne Kolikschmerzen ein, so gebe man inzwischen ein kleines Opiat. Verringert sich dadurch die Diarrhöe nicht, so beseitige ich obige Präparate, und verordne nach Mässigung der Diarrhöe, Sublimat in folgender Formel:

Rp. Subl. corros. gr. semis.
Aq. font. unc. octo.

Von dieser Lösung wird täglich eine Unzenflasche gefüllt, und in 3 Abtheilungen während eines Tages verbraucht, so dass das Kind täglich 1/16 Gran Sublimat nimmt. Während Erwachsene, bekannter Massen, beim Sublimatgebrauch über Magendrücken klagen, stellt sich nicht selten bei Säuglingen häufiges Erbrechen ein. Ist dieses der Fall, so verordne ich, wenn nicht die mit zahlreichen Pusteln oder epidermislosen Stellen besetzte Haut, so wie ein bedeutendes Verfallensein der Säuglinge dagegen sprechen, kleine Einreibungen mit einfacher grauer Quecksilbersalbe, und zwar lasse ich täglich 6—8 Gran der erwähnten Salbe, zur Verhütung von Eczemen und Erythemen, abwechselnd an verschiedenen Stellen des Körpers einreiben.

Jeden dritten Tag wird das Kind lauwarm gebadet und die Einreibung ausgesetzt. Sind die Einreibungen wegen der zahlreichen Pusteln und excoriirten Hautstellen unmöglich gemacht, so lasse ich das Kind täglich 1—2 Mal in mit Sublimat versetzten Bädern baden, und verordne zu diesem Behufe folgende Lösung:

Rp. Subl. corros. dr. β — dr. j.
Mur. ammoniae
scrp. unum.
Aq. font. unc. duas.
D. S. Ins Wannenbad zu giessen.

Das Kind wird in einem derartigen Bade ungefähr 1/2 Stunde gehalten und sodann behutsam warm abgetrocknet.

Sowohl beim innerlichen Gebrauche der Mercurialien, als auch bei den Einreibungen schwinden die diphteritischen Exsudate an den Uebergangsstellen der allgemeinen Bedeckung zur Schleimhaut, so wie die maculösen und papulösen Efflorescenzen oft schon

nach 8—10 Tagen, während die Sublimatbäder eine viel langsamere Wirkung zeigen.

Mit dem Schwinden der äusserlichen Merkmale der Syphilis betrachten wir jedoch derartige Säuglinge noch keineswegs als geheilt, unterbrechen aber dennoch den Gebrauch der Mercurialien und geben inzwischen, namentlich blutarmen Kindern, des Tages 2 Gran milchsaures Eisen, um nach Verlauf einiger Tage, zu den in noch gemässigterer Dosis als zuvor verabreichten Mercurialien zurückzukehren. Aber leider nehmen unsere schön entworfenen Heilpläne gewöhnlich ein tragisches Ende, denn wider alles Vermuthen reisst die unerbittliche Parze den zarten Faden des kaum dem Mutterschosse entwundenen Lebens.

Möge der Leser dieser Zeilen in der Behandlung derartig im Keime vergifteter, verwelkender Früchte glücklicher sein als ich, und durch glänzendere Erfolge meine traurige Erfahrung Lügen strafen.

Analecten.

Ueber die Fähigkeit der Haut Wasser und darin lösliche Substanzen aufzusaugen, von Poulet (L'Union 33. 1856 — Schmidt's Jahrbuch 1856. 9.) P. fand den Gewichtsverlust des menschlichen Körpers im Wasserbade von 28 ° in der ersten Stunde ganz unbedeutend, in der zweiten Stunde aber nie unter 50 Grmm. Den Unterschied erklärt sich Verfasser dadurch, dass in der ersten Stunde die Epidermis und die Haare als sehr hygroscopische Körper Wasser imbibiren, und so den durch die Lungenperspiration und Hauttranspiration entstandenen Gewichtsverlust völlig decken. Dieser steigt aber in der zweiten Stunde durch Steigerung der Lungenperspiration in Folge beschleunigten Athmens und supplementärer Lungenthätigkeit an der Stelle der grösstentheils unterdrückten Hautthätigkeit, und durch die Hauttranspiration nicht im Wasser befindlicher Theile. Die Absorptionsfähigkeit der Haut für Wasser glaubt Verfasser als irrig bezeichnen zu dürfen, die vermehrte Harnausscheidung bewähre nur das Gesetz des Antagonismus zwischen Haut und Nieren; die Abnahme der Harndichtheit sei eben durch die gesteigerte Harnmenge bedingt; der Urin werde ebenso nach sauren, wie nach alkalischen Bädern alkalisch. Als weitere Beweise gegen die Absorptionsfähigkeit der Haut führt P. an, dass nach wiederholten Antimon-Einreibungen nie eine Spur von Antimon im Harne sich zeige, sowie die äussere Anwendung des flüssigen Belladonnaextractes auf die Haut keinen Einfluss (?) auf den Stand der Pupille habe. Demnach erklärt P. die Haut für unfähig Wasser oder darin gelöste Substanzen zu absorbiren, so lange die Epidermis unverletzt und von den angewendeten Substanzen nicht angegriffen wird, und wenn diese letztern nicht flüchtig sind. Ihre äussere Anwendung auf die Haut des Kranken sei jedoch nichtsdestoweniger gerechtfertigt, da sie, wenn auch auf andern Wegen, und zwar mittelst eines electrischen Vorganges wirken sollen.

Ueber den Einfluss des Rohrzuckers auf die Verdauung und Ernährung stellte Dr. Hoppe an einem Hunde Versuche an und fand, dass grössere Gaben von Rohrzucker nach 1—2 Stunden Erbrechen bewirken, und dass der Rohrzucker vom Speichel und Magensafte binnen 1—2 Stunden nicht verändert wird, auch dann nicht, wenn der Magen durch Kreide neutralisirt wurde. Der Urin zeigte bei fortgesetzter Zuckerfütterung keine Spur von Zucker, noch eine Vermehrung der Milchsäure; wohl aber sank der Gehalt an Harnstoff bei ausschliesslicher Zuckerfütterung auf das Minimum herab. Bei Fleisch- und Zuckerfütterung nahm das Körpergewicht schneller zu, als bei alleiniger Fleischnahrung; dabei war die Harnstoffausscheidung geringer, die Stickstoffausscheidung in den Fäces aber ziemlich gleich, wie bei alleiniger Fleischnahrung. Die Zuckernahrung mästet demnach nur bei reichlicher gleichzeitiger Zufuhr von Eiweissstoffen, indem letztere bei der Gegenwart von Zucker im Blute von der Oxydation verschont bleiben, und nicht, wie Bernard annimmt, indem die Zuckernahrung eine Erregung von Zuckerproduction in der Leber bewirkt, während der zugeführte Zucker in Fett umgewandelt werde. Schliesslich bemerkte H., dass das Befinden des Hundes durch eine achttägige Fütterung mit viel Rohrzucker neben reichlicher Fleischnahrung keineswegs gestört wurde. (Virchow, Archiv für path. Anatomie und Phys. X. Bd. 1. Heft.)

Ersatzmittel für die Milch. Von Ch. T. Guyot. (L'Union 76. 1856.) G. setzt zu beiläufig 200 Gramm. Molke 14—16 Gramm. Eigelb, bei einer Temperatur von 30—32° zu, und lässt die Mischung gehörig schlagen. Hierauf wird derselben, um sie der Muttermilch möglichst entsprechend zu machen, noch etwas Zucker hinzugesetzt. Dieses Surrogat der Milch soll leicht verdaulich sein und minder verstopfen, als die gewöhnliche Kuhmilch.

Puls der Neugebornen. Dr. Seux. (*Société méd. des Hôpit.* zu Paris.) Die Zahl von 120—140 Pulsschlägen in der Minute wird am häufigsten bei gesunden Neugebornen angetroffen, selten ist die Zahl über 160 und am seltensten die Zahl unter 100. Der Puls der Neugebornen ist gewöhnlich regelmässig, bisweilen jedoch zeigt er eine Unregelmässigkeit in dem Aufeinanderfolgen der einzelnen Schläge. Er zeigt eine grössere Häufigkeit in den ersten Stunden des Lebens; Geschlecht, Constitution, Jahreszeit, Tagesstunde haben keinen Einfluss auf den Puls des Neugebornen, wohl aber vermehrt das Saugen, das Erwachen aus dem Schlafe, besonders aber jede Aufregung, die Häufigkeit des Pulses. Je jünger die Kinder sind, desto grösser ist im gesunden Zustande die Schwankung des Pulses, so dass er bei Neugebornen zwischen 76 und 208, in der ersten Kindheit zwischen 70 und 110 und bei Erwachsenen zwischen 60 und 80 variirt. Daher lässt eine Vermehrung der Pulsfrequenz allein bei Neugebornen nicht auf Fieber schliessen, und ist die gesteigerte Hautwärme ein viel sichereres Fieberzeichen.

Harnsäureinfarct in den Nieren Neugeborner. Von Hodann. (Med. Centr.-Ztg. 1856. 9.) Nach H. findet sich der Harnsäureinfarct, sowohl im lebenden Kinde und in der Leiche, und kann sowohl microscopisch als chemisch nachgewiesen werden. Meist stellt er ein Convolut einer dunklen Masse dar, welche mit Wasser verdünnt, gelbe, runde, amorphe Körner, nur selten Harnsäurekrystalle zeigt. Sein Auftreten und Verschwinden fällt in die Zeit von 18 Stunden bis zum 60. Tage nach der Geburt. Seine Bildungsstätte sind wahrscheinlich die malpighischen Körperchen und die Anhänge der gewundenen Harnkanälchen, und wird derselbe durch die Harnorgane binnen 2—6 Tagen mit dem Urine ausgeschieden. Der Infarct entsteht durch Blutandrang zu den innern Organen während des Geburtsactes, und kann zur Urolithiasis Anlass geben. Seine Bedeutung steht der Lungenprobe nach, er könnte sie aber unterstützen, und bei fehlenden oder vernichteten Lungen könnte der Infarct eine Wahrscheinlichkeit für stattgehabte Respiration bieten.

Einfluss der meteorischen Verhältnisse auf die Entstehung von Kinderkrankheiten. Von Prof. Löschner. (Journal für Kinderkrankheiten 1856. 7, 8.) Die vom Verfasser im Franz Joseph-Spitale zu Prag hierüber gemachten Beobachtungen während der Jahre 1854 und 1855 führten zu folgendem Resultate: 1) Croup und croupöse Entzündungen treten am häufigsten (ja vielleicht allein) bei Nord- und Nordostwinden, scharfer Luft, hohem Barometerstande, vorhandener Trockenheit und bedeutendem Electricitätsgrade der atmosphärischen Luft auf, und bleiben durch mehrere Tage herrschend. 2) Die Verschlimmerungen der Augenentzündungen, der Absonderung und Beschaffenheit der Geschwürsfläche, die Weiterverpflanzung von Exanthemen, so wie das Hervortreten derselben fallen am meisten in die Zeit, wo bei mehr oder weniger anhaltender sturmbewegter Luft, rasch eintretendem niederem Barometerstande, veränderlicher Temperatur, vorzüglich aber bei Sturm, oftmaligen Winddrehungen, namentlich zwischen SSW, WSW, SW. schwankend, die Electricität gleichsam hin- und herschwankt, und bedeutende Niederschläge erfolgen. 3) In dieselbe Zeit fiel unter ganz ähnlichen Verhältnissen das Hereinbrechen von Cholera und chole-

raischer Diarrhöe. 4) Je intensiver und rascher die Niederschläge eintreten, und je länger sie bei dem eben angeführten niederen Barometerstande, unter schwankenden, mittleren Thermometerverhältnissen und schwankender Electrizität, bei gleichzeitiger, oftmaliger Winddrehung von S. und W., oder W. und N. anhalten, desto intensiver und anhaltender stellen sich die Erkrankungen oder Verschlimmerungen heraus. 5) Das Typhoid oder der Typhus entwickelt sich dann leicht, und die Exantheme nehmen blos unter dem Einflusse jener barometrischen, hygrometrischen und elektrischen Veränderungen der Atmosphäre auf den menschlichen Organismus einen ungünstigen Verlauf. 6) Blutungen erfolgen nur unter bestimmten Verhältnissen der Atmosphäre, und ihre Zeit fällt vorzüglich gegen Ende März und Anfang April.

Encephalitis. Von Rousse. (*Gaz. des Hôp.* 1856. 40.) Verfasser theilt einen Fall von Convulsionen mit, welcher das achtmonatliche Kind eines schielenden Vaters betraf, und knüpft an diese Beobachtung die Bemerkungen: 1) dass Kinder schielender Eltern eine grosse Neigung zur Encephalitis haben, gewöhnlich untersetzt bleiben, und sich durch grosse Köpfe und habituelle Leibesverstopfung auszeichnen. 2) dass nicht selten Säuglinge, welche Ammen, deren Kinder an Krämpfen zu Grunde gegangen, zum Stillen anvertraut waren, gleichfalls an Krämpfen starben. 3) Dass die Annahme, dass Speichelfluss bei Kindern vor dem Ausbruche der Zähne nicht eintrete, unrichtig sei, indem am obigen Kinde nach Verabreichung von 6 Decigramm. Calomel in zwei Gaben Schwellung, Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches und Salivation auftraten.

Ueber die Genesis der Krämpfe im Kindesalter, von Dr. Tillner. (Journal für Kinderkrankheiten 1856. I. Heft.) Nachdem T. die verschiedenen Krampfformen vom theoretischen Standpunkte aus in die drei Rubriken, der Hirn-, Rückenmarks- und Reflexkrämpfe eingetheilt hat, geht er auf die Ursachen der Krämpfe über, welche sich im Allgemeinen auf 3 Hauptmomente reduciren lassen: 1. Materielle Veränderungen der Nervensubstanz, sowohl in den Central-Organen als in den periferischen Verbreitungen, wohin die verschiedenen Formen von Exsudaten von der einfachen flüssigen Ausschwitzung bis zum höchst organisirten Entzündungsproducte, die Erweichung, Verhärtungen, pseudoplastischen Ablagerungen gehören. 2. Störungen der Circulation, wobei T. besonders hervorhebt, dass man zu allgemein nur die Congestion als bedingendes Moment in Bezug auf Krämpfe angenommen hat, während es sicher ist, dass in vielen Fällen eine Anämie dieselben Erscheinungen hervorbringt. 3. Chemische Einwirkungen, wohin die durch Vergiftung, als auch die durch die Einwirkung eines anomal gemischten Blutes auf die Nervensubstanz entstehenden Convulsionen gehören. Indem T. nun die Ursachen mit functionellen Systemen des Körpers in Verbindung bringt, stellt er folgende Formen von Krämpfen der Kinder auf: I. Krämpfe, die aus krankhaften Zuständen des Nervensystems selbst entspringen; sie bieten den grössten numerischen Factor für das Gebiet der Krämpfe bei Kindern und machen die Prognose ungünstig. II. Krämpfe, die aus krankhaften Zuständen des Blutes entspringen, wohin die Vergiftungen durch Arzneien und alle andern Gifte, durch die Milch der Mutter oder Amme gehören; ferner sind hierher zu rechnen die acuten Exantheme und das Wechselfieber, insofern sie das Blut der Art verändern, dass es feindlich auf das Nervensystem einwirkt, endlich die durch Phlebitis bedingte Blutdissolution. III. Krämpfe, die aus fehlerhaften Zuständen im Verdauungssysteme entspringen; da ist es besonders die Periode des Zahnens und der Entwöhnung

von der Brust, wo Krämpfe häufig auftreten, ein drittes Moment bilden die Würmer. IV. Krämpfe, die aus krankhaften Zuständen der Respirationsorgane entstehen; hieher gehört der besonders häufige Stimmritzenkrampf, der nicht allein andere Krampfformen, sondern selbst Krankheiten nicht krampfhafter Art im Kindesalter zu begleiten pflegt. Dieses häufige Auftreten des Reflexkrampfes der Kinder will T. aus dem verhältnissmässig geringen Umfange der Stimmritze, so wie der verhältnissmässig grossen Capacität der Lungen der Kinder gegenüber den Erwachsenen, aus der grösseren Frequenz der Athemzüge und folglich aus der grösseren Anstrengung der Stimmritze ableiten. — V. Krämpfe, die aus krankhaften Zuständen der Harnorgane hervorgehen. VI. Krämpfe, die aus krankhaften Zuständen des Sexualsystems hervorgehen, sind selten. VII. Krämpfe, die aus krankhaften Zuständen des Knochensystems entstehen, wohin T. die mit Craniotabes einhergehenden Krämpfe rechnet.

Nicod erwähnt einen Fall von **totaler Chorea**, welcher ungemein schnell durch Immobilisation geheilt wurde. (Bullet. de Thérap. 29. Févr. 1856.) Derselbe betraf einen 15jährigen Knaben, welcher seit 5 Wochen, angeblich in Folge des Tragens schwerer Lasten auf dem Kopfe und auf der Schulter, an heftigen Convulsionen litt, welche über die Extremitäten und das Gesicht verbreitet waren. Der Schlaf und das Bewusstsein waren ungestört. Die dagegen angewandten Antispasmodica, Venäsection und Bäder waren erfolglos geblieben. N. machte die Bewegungen unmöglich durch Einwickelungen von den Füssen bis zu den Schultern mittelst starker Binden, und zur Verhütung von Congestionen wurden kalte Umschläge auf die Stirne gemacht und das Gesicht und der Hals öfter gewaschen. Nach 48 Stunden hatte die Heftigkeit der Convulsionen schon nachgelassen; nun wurden die Binden allmälig von oben nach abwärts weggenommen, und nach 5 Tagen konnte Patient allein essen und, wenn auch schwankend, gehen. Bäder vollendeten die Kur, welche im Ganzen 8 Tage gedauert hatte. — Nach einigen Monaten stellten sich leichte clonische Krämpfe wieder ein, die auf die Anwendung lauer Bäder wichen.

Delirium tremens. Dr. Weiss theilt einen Fall dieser Art bei einem 4jährigen Kinde mit. (Pr. Ver. Ztg. 8. 1856.) Derselbe betrifft den Sohn eines Gastwirthes, der seit seinem 1. Lebensjahre an Spirituosa gewöhnt worden war. Nach einer stattgehabten derben Züchtigung von Seite seines Vaters verfiel der Knabe in einen krampfhaften Zustand, und delirirte; der herbeigerufene Verfasser fand alle Erscheinungen eines acuten Delirium und da nach Entleerung der genossenen Spirituosa kein Nachlass der Erscheinungen und kein Schlaf eintrat, so wurde Morphium gereicht, welches nach der 4. Gabe zu $\frac{1}{16}$ gr. ruhigen Schlaf bewirkte. Am andern Tage war der Knabe genesen. — Als Veranlassung zum Ausbruche des Deliriums betrachtet W. den Schrecken und die Furcht vor der Strafe, so wie die machtlose Reaction gegen die erhaltene Züchtigung.

Die Aphten des Mundes microscopisch beschrieben von Dr. Küchenmeister. (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Ges. der Aerzte in Wien 1856. 38.) Das Mycelium (die Wurzeln) der Aphtenpilze dringt in die Lücken der Schleimhäute und Epithelien ein, wird aber theils wegen seiner ausserordentlichen Zartheit, theils weil man in den sich lösenden Aphtenmembranen die abgebrochenen Stämme, Hyphen und Sporen antrifft, leicht übersehen. Aus dem Sitzenbleiben der Wurzeln, vielleicht auch mit den ersten Anfängen der abgebrochenen Stiele erklärt sich das Wiederwachsen des Pilzes auf der Stelle der

gelösten Membranen und die Hartnäckigkeit der Schwämmchen. — Der Thallus, das Stroma besteht aus ungegliederten, mannigfach geschlängelten, durchsichtigen, wasserhellen, doppelt conturirten, 0.0036 Mm. = 0,0016''' breiten Fäden, die in unregelmässigen Abständen unter spitzem Winkel auf dem Stamme stehende Aeste abgeben, welche nebeneinander liegen, sich kreuzen und sammtartige weisse Ueberzüge oder Flocken bilden. Diese Stämme kriechen auf der Oberfläche des Mutterbodens hin, verfilzen sich mit abgestossenen Epithelialzellen, Schleimkörperchen und Entzündungskugeln unter einander und verdicken sich somit zu den eigentlichen Soormembranen. — Die Fruchtstände, Hyphen, entwickeln sich aus diesem Stroma als einzelne, feine, zellige zuweilen näher nach der Basis hin verästelte, ungegliederte Fäden oder Flocken, welche zu Gruppen, oder spinngewebartigen Massen verschmelzen. Sie sind kaum breiter als die Thallusfäden, und zeigen einen feinkörnigen, dunklen Inhalt. Ihr freies Ende hat eine schwach keulenförmige Anschwellung, auf der die Bildung der Sporen vor sich geht. Sie haben eine ovale Form, sind 0.0024''' lang und 0,0016''' breit, und stehen in kleinen Ketten zu 3 und mehr an einander gereiht auf diesen Hyphen. Die vordersten und reifsten von ihnen fallen ab und sammeln sich in Haufen an, die bei dem Oidium keine bestimmte Form erkennen lassen. Um aber den Fructificationszustand zu erkennen, nehme man wo möglich eine kleine Gruppe und untersuche dieselbe trocken. In dem dunklen, feinpunctirten Inhalte der Hyphen treten reihenweise, durch die feinpunctirte Masse getrennt, kleine vollkommen runde, lichte, ölartig glänzende Puncte auf, welche gegen das abgerundete Ende der Hyphe zu an Grösse zunehmen, und deren Zahl verschiedentlich wechselt. — Verfasser gibt zur Darstellung guter Präparate der pflanzlichen Parasiten der Schleimhäute folgendes technisches Verfahren an: Die abgenommenen oder abgegangenen Schimmelhäute werden beiläufig 24 Stunden in kaustischem Kali stehen gelassen, dann auf das Objectglas gebracht, auf demselben ausgebreitet, mit Wasser abgespült, hierauf mit einem Tropfen eines durch Syr. ceras. oder violar. gefärbten Glycerins betupft, mit einem Deckglase unter Anwendung eines passenden Druckes bedeckt, die Ränder des Deckglases möglichst abgetrocknet, und zuletzt das ganze mit Asphaltlack, dem etwas von einer Gummi-Kautschuk-Lösung zugesetzt ist, lackirt.

Anwendung der Auscultation zur Diagnose der Krankheiten des Gehörorganes von Gendrin. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1856. 37.) Wenn man bei einer vorhandenen Durchlöcherung des Trommelfelles das Stethoscop oder das eigene Ohr an das Ohr des Kranken hält, so hört man während der Exspiration ein scharfes trockenes, mitunter blasendes Geräusch im Innern des Ohres, welches selbst über das Ende der Ausathmung andauert; bei Verengerung der Tuba intermittirt dasselbe, und ist meist mit Crepitation verbunden, so auch wenn bei Caries des innern Ohres sich eine Communication zwischen den Zellen des Warzenfortsatzes mit der Paukenhöhle und der nicht obliterirten Tuba gebildet hat. Durch Husten werden diese Geräusche deutlicher. Auch bei der Inspiration, welche im normalen Zustande ohne Geräusch vor sich geht, hört man bei durchbohrtem Trommelfelle, wenn die Tuba permeabler ist, ein scharfes, blasendes, mit feuchtem Rasseln untermengtes Geräusch. Die Stimme des Kranken wird bei Verengerung der Tuba oder Ausfüllung der Trommelhöhle durch Schleim, Eiter, oder durch Exostosen des Felsenbeines, als ein verworrenes Murmeln gehört; sie erlischt bei verstopfter Tuba, und wird blasend und mit Crepitation begleitet bei perforirtem Trommelfell;

wenn man in letzterem Falle den Kranken pfeifen lässt, so scheint es dem auscultirenden Arzte, als wenn ihm der Kranke in's Ohr pfeifen würde. Uebrigens räth G. abwechselnd an beiden Ohren zu auscultiren, um die unterscheidenden Merkmale leichter aufzufinden.

Ursache der Athmungsnoth bei Croup. Dr. Schlautmann in Greifswalde (Journ. für Kinderkrankht. 1856. 9, 10). Im Gegensatze zu der Ansicht von einem „entzündlichen Krampfe“ der Kehlkopfmuskeln als Ursache der Athmungsnoth beim Croup, weist Verfasser auf anatomischem Wege nach, dass letztere durch eine Lähmung der Kehlkopfmuskeln bedingt werde, indem hier ebenso wie bei allen intensiven Entzündungen der serösen als der Schleimhäute eine Lähmung der darunter liegenden Muskeln durch collaterales Oedem stattfinden müsse. Zur weitern Begründung dieser Ansicht dient Verfasser das Verhalten der Glottis beim Croup, welches eine auffallende Aehnlichkeit mit den Erscheinungen der Glottislähmung nach aufgehobener Innervation der Kehlkopfmuskeln bietet. Die Symptome des Croup, namentlich der tiefe, rauhe, zuweilen helle und vom tiefen zum hohen überspringende Ton des Hustens und der Stimme, die continuirliche Heiserkeit, welche selbst nach begonnener Genesung noch fortdauert, noch mehr aber die Croupdyspnoë mit ihren Intermissionen, ihr plötzliches Auftreten beim Erwachen aus dem Schlafe, lassen sich viel richtiger aus einer Lähmung der Glottis erklären. Auch das häufige Hinzutreten der Lungenhyperämie und Pneumonie spricht nicht dagegen, indem bei gelähmter Stimmritze nothwendiger Weise die Lungencapillaren bei der Inspiration mehr mit Blut überfüllt, und durch die Exspiration weniger entleert werden, als im normalen Zustande. Die Erfahrung, dass die Croupdyspnoë und ihre Gefahr um so grösser ist, je jünger das befallene Individuum ist, und welche in der eigenthümlichen, von Longet zuerst beschriebenen Form des kindlichen Kehlkopfes (dessen Stimmritze fast ganz von den Stimmbändern gebildet wird, auf Kosten der *glottis respiratoria*) begründet ist, widersteht ebenfalls der Annahme eines spastischen Zustandes der Glottis, während sie in der Glottis-Lähmung ihre einfache Erklärung findet. — Verfasser hält die Pseudomembranen dann für die eigentliche Todesursache, wenn plötzlich nach bereits begonnener Reconvalescenz heftige Dyspnoë und der Tod selbst erfolgt.

Ueber Empyem und Punction des Thorax bei Kindern. Dr. Barthez berichtet über einen Fall von Empyem (Journal für Kinderkrankheiten 1856. V. und VI. Heft.) bei einem 4 Jahre alten Mädchen, welches vor 4½ Monaten an Pleuritis der linken Seite erkrankt war. Die linke Brustseite war beträchtlich ausgedehnt, sowohl hinten als vorne matter Percussionston, der sich hinten auch auf die rechte Seite erstreckte; die Respiration in der ganzen linken Brusthälfte sehr schwach, vorne in der Gegend der Brustwarze etwas Bronchialblasen, das Herz auf die rechte Seite gedrängt. — Ein mit einem Troicart gemachter Einstich in den 6. Zwischenrippenraum schaffte 550 Grammen einer nicht stinkenden Flüssigkeit heraus; während des Ausflusses trat heftiger Husten ein; nach der Entleerung wurde der Percussionston links heller und man hörte deutliches Athmungsgeräusch. Nach zwei Tagen nahm die Exsudation wieder zu, und am vierten Tage war sie auf die frühere Menge gestiegen. Dann nahm sie noch weiter zu, ohne dass die örtlichen Symptome etwas Ungewöhnliches zeigten; am 15. Tage nach der ersten Punction wurde im 5. Intercostalraum ein zweiter Einstich gemacht, nach Entleerung des Eiters lauwarmes Wasser, und nachdem dieses abgeflossen war, eine Jodlösung (zu gleichen Theilen Wasser) eingespritzt. Einige in die Pleurahöhle bei diesem Vorgange eingedrungene Luftblasen konnten nachher nicht entdeckt werden. Es trat derselbe Zustand, wie nach der ersten

Punction ein; das Jod konnte in den nächsten vier Tagen im Harn nachgewiesen werden. Aber der Erguss erfolgte von Neuem, wiewohl langsamer als das erste Mal; nach zehn Tagen stand das Exsudat wieder in gleicher Höhe. Nun machte B. einen grossen Einschnitt in den 6. Intercostalraum, und entleerte 660 Grammen flüssigen, nicht stinkenden Eiter, worauf er einige Spritzen voll chlorhältiges Wasser einspritzte. Ungeachtet die Luft zu wiederholten Malen eingedrungen war, so ging sie doch mit derselben Leichtigkeit wieder heraus, und verhinderte die Ausdehnung der Lunge bei der Inspiration nicht, die Lunge dehnte sich nach der Entleerung schnell aus, und die Respiration fand links und rechts ziemlich gleichmässig Statt. Es wurde durch zehn Tage täglich der Verband erneuert, und fortwährend chlorhältiges Wasser eingespritzt; die Patientin befand sich wohl und die Eiterung war gering; aber in der zweiten Woche nach der Operation traten krampfhafte Hustenanfälle, und die Erscheinungen einer von Oben nach Unten zunehmenden Infiltration der linken Lunge auf, und einen Monat nach der letzten Operation starb die Patientin, nachdem das Fieber immer lebhafter und der Eiter übelriechend geworden war. Die Section wurde nicht gemacht.

Acutes Hydropericardium nach Scharlach. Dr. Thore. (*Arch. gén*. 1856. — Schmidt, Jahrb. 1856. 7.) Die zwei vom Verfasser mitgetheilten Fälle betrafen Kinder von 4 und $7\frac{1}{2}$ Jahren; das Hydropericardium kam ein Mal 17, ein anderes Mal 30 Tage nach dem Ausbruche des Scharlachs zum Vorschein, und gab sich zu erkennen durch eine sehr umfangsreiche Dämpfung in der Präcordialgegend, welche zugleich hervorgewölbt war, starke Dyspnoë, kleinen und schnellen Puls mit allgemeiner Aufregung und grosser Beängstigung. Beide Male trat der Erguss in das Pericardium sehr rasch und ohne Vorboten auf, was den Verfasser zurückhält, eine Entzündung des Herzbeutels als Ursache anzunehmen. Die Behandlung bestand in der wiederholten Application von umfänglichen fliegenden Vesicatoren auf die Präcordialgegend. Wo diese nicht ausreichen sollten, hält Verfasser die Paracenthese des Herzbeutels für angezeigt.

Die Verblutung Neugeborner aus der Nabelschnur. Von Vormann. (Casp. Zeitschr. f. ger. Med. Bd. 9.) Wegsamkeit der *Arter. umbilical*. und die unterlassene, oder ungenügend vollzogene Unterbindung des Nabelstranges sind nach V. die nothwendigsten Bedingungen einer solchen Blutung, während das einflussreichste Moment für den Eintritt derselben in einer Störung der Respiration zu suchen ist. Wo vollständiges und schnell erfolgtes Athemholen, sei am wenigsten eine Nabelblutung zu erwarten, es müsste denn eine vorhandene Plethora, oder der abnorme Ursprung der *Arter. umbilical.* aus der Aorta eine stärkere Blutbewegung in den Nabelarterien bedingen und so Blutung hervorrufen. Hinsichtlich der Länge des Nabelstranges sah V. die Blutung um so häufiger, je näher dem Nabel die Trennung geschah. Das Abschneiden oder Abreissen habe keinen Einfluss, wohl aber sei die Trennung der Nabelschnur vom Mutterkuchen eine nothwendige Bedingung einer Nabelblutung. Das Eintreten derselben werde noch begünstigt durch Wärme, seitliche oder Bauchlage, Herabhängen der Nabelschnur und festes Einwickeln der Kinder. — Die Annahme der Todesart Neugeborner durch Verblutung aus dem Nabel sei erst dann begründet, wenn die Anwesenheit der die Blutung aus der Nabelschnur unterscheidenden Merkmale nachgewiesen ist. Es müsse daher sowohl das selbstständige Gelebthaben eines Kindes nach der Geburt, als auch die Zeichen der Verblutung an der Leiche sicher gestellt sein, bei gänzlicher Abwesenheit eines andern Erklärungsgrundes für diesen Blutmangel.

Fettige Stühle in Folge von Erkrankung der Mesenterialdrüsen. Von Will. Gull. (Guy's Hosp. Rep. III. 1. 1855.) Das Ab-

sorptionsvermögen der Verdauungsorgane, in Bezug auf fettige Substanzen, ist schon im gesunden Zustande beschränkt; in Krankheiten sinkt die Aufsaugung fettiger Substanzen noch mehr, theils durch mangelhafte Verdauung und Chylusbildnng, theils durch eine Erkrankung der absorbirenden Theile, namentlich der Mesenterialdrüsen. Daher sieht man bei Krankheiten des Pankreas und des Duodenum fettige Stühle, so wie bei Krankheiten der Mesenterialdrüsen; nur mit dem Unterschiede, dass im ersteren Falle das Fett von den Fäces mehr weniger getrennt ist und oben auf schwimmt; während bei letzter.m dasselbe in Form einer Emulsion der Ausleerung einverleibt ist. Bei gleichzeitiger Entzündung der Darmschleimhaut und Diarrhöe bilden diese Fettmassen ein rahmartiges Häutchen auf der Oberfläche des Stuhls, und bringen das blasse, kreide- oder seifenartige Ansehen dieser Stühle hervor.

Ueber einen Fall von **Bauchfellentzündung mit Perforation und tödtlichem Ausgange, veranlasst durch Kothconcrement im Wurmfortsatze** berichtet Dr. Herzfelder (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1856. III. Heft.) Derselbe betraf ein Mädchen von 12 Jahren, früher vollkommen gesund, welches beim Nachhausegehen nach einer Unterhaltung zur Nachtszeit von heftigen Schmerzen im Unterleibe befallen wurde, zu welchem sich Erbrechen und später Diarrhöe hinzugesellten. Letztere hörte jedoch bald wieder auf, während das Erbrechen desto häufiger wurde. Bei ihrer Aufnahme ins Spital, am fünften Tage der Krankheit, zeigten sich alle Erscheinungen der heftigsten Bauchfellentzündung mit namhafter Exsudation. Die bald darauf eintretende Verfallenheit in den Gesichtszügen, die Kälte der Extremitäten, die Delirien, bei übergrosser Empfindlichkeit der Bauchwandung (besonders an der linken Seite) mit meteoristischer Auftreibung des ganzen Unterleibs, hartnäckiger Stuhlverstopfung, stetem Brechreiz, öfterem Erbrechen und unwillkürlichem Urinabgange, wobei der Puls 148 Schläge in der Minute machte, liessen wohl eine Darmdurchbohrung vermuthen, aber keineswegs die eigentliche Veranlassung derselben. Gegen ein typhöses Geschwür sprach die kurze Dauer der Krankheit; während die grösste Schmerzhaftigkeit an der linken Seite dort den Sitz des Grundleidens vermuthen liess. Alle gegen die Entzündung und gegen den Schmerz angewandten Arzneien, wie Blutigel, Einreibung von Quecksilbersalbe, und die allgemeinen wie örtlichen, öligen und narcotischen Substanzen waren nutzlos, und am achten Tage der Krankheit starb die Patientin. Man fand ein nicht einmal ganz kirschkerngrosses Stück Darmkoth im Wurmfortsatze, der im plastischen Exsudate förmlich eingebettet war, und zu beiden Seiten desselben eine Perforation von einer nadelkopfgrossen, brandig zerfallenen Stelle des Bauchfells. An jener besonders schmerzhaften linken Gegend der Bauchwandung, war viel eitriges und fibrinöses Exsudat in der Bauchhöhle angesammelt.

Chronische Milztumoren bei Kindern. Dr. Friedrich in Dresden. (Deutsche Klinik 1856. 20, 22, 23.) Verfasser theilt 7 Fälle von chronischen Milztumoren mit; dieselben betrafen vorwaltend das männliche Geschlecht. Als ätiologische Momente kamen Verdauungsstörungen, angeerbte Syphilis, Rhachitis, Tuberculosis, Typhus und vorausgegangene Blutverluste in Betracht. Die constantesten Erscheinungen, welche die chronischen Milztumoren begleiteten, waren Respirationsbeschwerden und die Erscheinungen der Anämie, namentlich die wachsbleiche Färbung der Haut; ihnen zunächst kam die Diarrhöe; Blutungen wurden in 3 Fällen beobachtet. Hydropische Erscheinungen waren selten, und nie von grösserer Ausdehnung; wohl aber vermisste man selten die Anschwellung der Leisten- und meseraischen Drüsen. Die Diagnose liess sich in sämmtlichen Fällen leicht constatiren, indem die Percussion und Palpa-

tion allein schon das Vorhandensein des Milztumors sicher stellen. Der Verlauf war stets chronisch, und die Weiterentwicklung des Milztumors und der begleitenden Cachexie blieb durch die eingeschlagene Behandlung meist unbeirrt. Nur ein Mal erfolgte rasche Heilung des noch nicht lange bestandenen Tumors durch *Sulf. chin.*; in den anderen Fällen wurde unter Fieber, erschöpfenden Diarrhöen und Blutungen und Respirationsbeschwerden durch rasche Abnahme der Kräfte der Tod herbeigeführt. Jodkali äusserlich angewendet bewirkte innerhalb 6 Wochen eine Verkleinerung des Tumors zur Hälfte; Eisen hatte nur auf die Sistirung der Blutungen einen günstigen Einfluss. Von grösster Bedeutung erschien ein zweckmässiges diätetisches Verhalten.

Cyanosis. Prof. v. Mauthner. (Oesterr. Zeitschrift für Kinderheilkunde 1856, 10.) Verfasser theilt einen Fall von *Cyanosis violacea* an einem 8 Jahre alten Mädchen mit, welches seit seiner Geburt an allgemeiner Blausucht, Husten und Erstickungsanfällen litt. Die veilchenblaue Farbe war namentlich an den Lippen, dem Zahnfleische, der Nasenspitze, an den Nägeln der Finger und Zehen am intensivsten; die Fingerspitzen waren kolbig, die Hauttemperatur kühl, der Puls unter dem Fingerdrucke fast verschwindend. In der Herzgegend war der Percussionsschall im Längendurchmesser 2, und im Queren 1½ Plessimeter gedämpft; der Herzschlag war sehr kräftig, aber kein bestimmtes Geräusch hörbar. Die Kranke starb unter einem asphyctischen Anfalle. Bei der Section fand man das Pericardium oberflächlich capillär injicirt, die Herzsubstanz mürbe, das rechte Atrium sehr erweitert, dickes, grumöses, dunkles Blut enthaltend, den rechten Ventrikel hypertrofisch und etwas erweitert, das *Foramen ovale* geschlossen, am *Septum ventriculorum* nach oben und hinten eine Oeffnung, welche für die Fingerspitze durchgängig war, und in den linken Ventrikel, so wie in das *Ostium aorticum* führte. Die Mündung der *Aorta* fiel in die Mitte der Ventrikel, während die Mündung der *Art. pulmon.* mehr nach aussen und rechts gerückt war; die Form des Herzens auffallend gerundet, die Klappen normal.

Das Typhus-Exanthem und dessen Beziehung zum Scharlach. Dr. Mayr. (Wochenblatt der Zeitschrft. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien 1856. 47.) Die Typhusepidemie, welche in den Jahren $18^{55}/_{56}$ der Choleraseuche folgte, trug den exanthematischen Charakter deutlich an sich. Letzterer trat besonders auffallend bei Kindern hervor, bei welchen man deutlich eine Sonderung des Typhus in 2 Stadien beobachten konnte, wovon das erste dem exanthematischen Processe, das zweite dem weitern Verlaufe des typhösen Leidens angehörte. Die Krankheit trat plötzlich und heftig auf, mit Pulsbeschleunigung, (100—130 Schläge in der Minute) erhöhter Temperatur der Haut, grosser Eingenommenheit des Kopfes (grössere Kinder klagten über intensiven Schmerz in der Stirngegend), zeigte Remissionen bei Tage und Exacerbationen gegen Abend; nach einer solchen Verschlimmerung, am 5.—7., spätestens am 9. Tage trat ein maculöser Ausschlag hervor, nach dessen Erscheinen stets ein mehr weniger vollkommener Nachlass des Kopfschmerzes, der nächtlichen Unruhe, der Pulsbeschleunigung, so wie der vermehrten Hauthitze erfolgte. Nach mehrtägiger, scheinbarer Ruhe begann die Krankheit ihren weitern Verlauf mit zeitweisen Remissionen und Exacerbationen, jedoch ohne besondere Zeichen einer Intestinalaffection und schleppte sich meist in die 5.—6. Woche. Erst nach völliger Abmagerung zum Skelette hörte das Fieber auf, und mit der Rückkehr der Esslust und des Schlafes begann die Reconvalescenz, welche aber sehr langsam vorwärts schritt. Gleichzeitig mit ihr stellte sich eine allgemeine Desquamation, stärker als nach Morbillen, schwächer als nach Scharlach ein. Dem Scharlach gegenüber-

gehalten bot diese Typhusepidemie, in Hinsicht der Art der Entwicklung, der Form und des Verlaufes, der innern Affectionen und pathologischen Veränderungen, endlich der Abschuppung, viele auffallende Analogien; doch wurden diese durch wesentliche Unterschiede überboten, so durch das Fehlen der dem Scharlach eigenthümlichen Affection der Halsschleimhaut, der hochgradigen Hyperämie der Cutis und ihrer Exsudation, der Regelmässigkeit des Ausbruchs und der Verbreitung, der Abgrenzung der Blüthezeit, der Geneigtheit zu hydropischen Anschwellungen. — Als Eigenthümlichkeit dieser Typhusepidemie beobachtete Verfasser in manchen Fällen, wo im Leben die Symptome des Typhus deutlich ausgeprägt waren, das Fehlen der specifischen pathologischen Veränderungen im Darmcanale bei der Section. Uebrigens war das Mortalitätsverhältniss unter Kindern das günstigste unter allen seit 1844 beobachteten grösseren Epidemien.

Rhachitis. Dr. Küttner in Dresden. (Journal für Kinderkrankh. 1856. 7, 8.) In Bezug auf die Oertlichkeit der Rhachitis stimmt Verfasser mit andern Beobachtungen überein, dass insbesondere grosse, volkreiche Städte der fruchtbarste Boden für diese Seuche sind. Namentlich habe Dresden in dieser Hinsicht eine traurige Berühmtheit erlangt, indem fast jedes vierte Kind ein rhachitisches ist, wie die Ausweise der dortigen Kinderheilanstalt während der letzten 20 Jahre bezeugen. Dieses ungewöhnlich häufige Vorkommen der Rhachitis in Dresden ist besonders in der physischen Beschaffenheit seiner Bewohner begründet und weniger in den allgemeinen nachtheiligen Einwirkungen auf die körperliche Entwicklung und Gesundheit zu suchen, welche die Zusammendrängung in grossen Städten mit sich führt. — Hinsichtlich des Alters bezeichnet Verfasser als die eigentliche Hauptepoche der Rhachitis die Zeit vom letzten Viertheile des ersten bis zum Schlusse des 4. Lebensjahres. — Dass die Impfung nicht als ein die Erzeugung dieser Krankheit begünstigendes Moment angesehen werden könne, geht aus den Protocollen der Kinderheilanstalt hervor, welche nur etwas mehr als ein Dritttheil der rhachitischen Kinder als der Vaccination unterworfen ausweisen. Wohl aber zeigen die Jahreszeiten einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und Steigerung der rhachitischen Dyscrasie, indem von Januar bis April eine stetige rasche Zunahme, von da an bis December ein continuirliches, anfangs geringes, später sehr bedeutendes Sinken der Krankenzahl stattfindet.

Ueber einen Fall von **Syphilis congenita** berichtet Dr. Friedinger. (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1856. Nr. 21.) Dr. Friedinger leitete die Syphilis dieses Kindes vom Vater ab, da die Mutter zur Zeit der Geburt gesund, und ohne Zeichen von vorangegangener Syphilis war, der Vater aber vor mehr als einem halben Jahre durch acht Wochen an Syphilis behandelt und geheilt worden war. Das Kind war zur Zeit der Geburt rein; die Erscheinungen verbreiteten sich von den Füssen nach aufwärts. Am 9. Tage konnte die Krankheit diagnosticirt werden. Sie bestand aus syphilitischen Flecken, aus Knoten als vorherrschender Erscheinung, aus Bläschen und Blasen, welche immer nur auf den Knoten sich bildeten, endlich auch noch aus Schuppen, welche gleichfalls nur auf den Knoten entstanden waren. Aus der vorherrschenden Erscheinung der Knoten nannte Dr. Friedinger dieses Syphilis ein Knotensyphilis. Das Kind lebte noch fünf Tage und war nur drei Tage in ärztlicher Behandlung mittelst Sublimatbäder, als es am 14. Tage seines Lebens an Diarrhöe mit Erschöpfung starb. Das Kind wurde durch die Kuhmilch ernährt. Die Section erwies geringes Lungenödem, geringen Bronchialcatarrh, geringen Darmcatarrh, keine abnorme Erscheinung in

Thymus, Leber und Milz. Die Erscheinungen auf der Haut konnten selbst an der Leiche des Kindes als specifische erkannt werden.

Hereditäre Syphilis an einem 3½jährigen Knaben, von Dr. Zeissl beobachtet. (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1856. Nr. 22.) Das Kind war gesund geboren, und erst nach drei Jahren sollen sich flache Condylome am After gezeigt haben, in der Folge kamen Athmungs- und Schlingbeschwerden dazu, und später zeigten sich charakteristisch-syphilitische Geschwüre an den Tonsillen, am *Velum palati* und der *Uvula*, so wie am harten Gaumen. Ein Hautsyphilid war gar nicht vorhanden, doch war ein mässiger Grad von Rhachitismus da.

Beiträge zur Lehre von den Rückgratsverkrümmungen von Dr. Eulenberg. (Journal für Kinderkrankheiten 1856. I. Heft.) Dr. Eulenberg legt einen statistischen Ausweis über 300 von ihm in vier aufeinanderfolgenden Jahren behandelte Scoliosen vor, und nachdem er die Ansichten Wunderlichs über die Ursache der Rückgratsverkrümmungen, als mit seinen eigenen Erfahrungen vollkommen im Einklange stehend, nachgewiesen hat, fasst er seine Betrachtungen hierüber in folgendem Resumé zusammen. Die *Scoliosis habitualis* ist eine durch abnorme Muskelthätigkeit bedingte Krankheit, und hat zur nächsten Ursache den aufgehobenen Antagonismus der die seitliche Beugung der Wirbelsäule vermittelnden Rückenmuskeln; dabei sind die an der convexen Seite der Krümmung gelegenen Muskeln relaxirt, während die an der concaven Seite gelegenen retrahirt sind. Als die häufigste Ursache der *Scol. habit.* bezeichnet Eulenberg das eine Scoliose darstellende Sitzen der Kinder beim Schreiben. Die Abnormitäten der Knochen, Knorpeln und Bänder sind nur consecutiv. Es gibt eine durch Rheumatismus der Rückenmuskeln bedingte Scoliose, deren Convexität der Seite der rheumatisch-afficirten Muskeln entspricht. Die Skrofulosis ist nur bei den viel selteneren Fällen von Erkrankung der Wirbel und Synovialkapseln betheiligt, und erzeugt entweder Gibbosität, oder vom Beginne an seitlich scharfwinklichte Einknickung. Auch beim Rhachitismus, welcher nächst dem gestörten Muskelantagonismus die häufigste Ursache der seitlichen Rückgratskrümmung ist, hat die Muskelthätigkeit einen grossen Einfluss auf die Entstehung der Scoliose. Das häufigere Vorkommen der *rhachit. Scoliosen* mit linksseitiger Convexität will Eulenberg aus dem üblichen Getragenwerden der Kinder auf dem linken Arme der Wärterinnen ableiten. Die angeborne Scoliose ist selten, desto häufiger die angeerbte. Die in Folge von Empyem entstandene Scoliose ist mit der Convexität nach der entgegengesetzten Seite gerichtet. Als die beste Prophylaxis der *Scol. habit.* bezeichnet Eulenberg die Vermeidung des schiefen Sitzens der Kinder beim Schreiben, und die pädagogische Gymnastik; nie darf man einen spontanen Stillstand, noch weniger eine spontane Rückbildung einer bereits begonnenen *Scolios. habit.* erwarten. Bei der Behandlung der *Scolios. habit.* hat man vorzüglich auf die Kräftigung der relaxirten Muskeln durch specifisch-active Bewegung mittelst der schwedischen Heilgymnastik zu sehen, welche nur in Fällen von wirklicher Paralyse eines oder mehrerer Muskeln durch locale Galvanisation zu ersetzen ist. Schliesslich verwirft Eulenberg die Anwendung der Streckapparate, so wie die übliche Empfehlung antiskrofulöser Heilmethoden, bei *Scolios. habit.*, und hält jedes Heilverfahren für unrichtig, das nicht den ätiologischen Momenten entsprechend und mit Consequenz und Ausdauer durchgeführt wird.

Atresie und Missbildung des Afters und Mastdarms. Dr. Goyrand in Paris. (Gazette méd. de Par. 1856. 33—36.) Verfasser bringt die verschiedenen Fälle in zwei Categorien; die erste begreift jene Fälle, wo bei Mangel der Afteröffnung der Mastdarm mittelst einer

Verlängerung am Damme, am Hodensacke, oder an der hintern Commissur der Vulva sich öffnet, während er in die zweite Categorie die viel schwereren Fälle reiht, wo der Mastdarm sich nicht nach Aussen öffnet, sondern blind innerhalb des Beckens endigt, oder sich in die Harnröhre oder Blase mündet. In den Fällen der ersten Art empfiehlt Goyrand zur Bildung einer hinreichenden Afteröffnung den Schnitt von der abnormen Mündung des Mastdarms an bis dicht vor das Steissbein zu führen, und die Schnittränder an die der äussern Haut anzuheften. Die Fälle der II. Categorie unterscheidet Goyrand wieder nach Varietäten, und zwar I. Varietät: Der After bildet eine blinde Vertiefung, die entweder ganz flach ist, oder flaschenförmig nach oben sich erstreckt. II. Varietät: Der Mastdarm ist ganz oder theilweise in einen unwegsamen Strang umgewandelt, der in den Aftersack übergeht, welch letzterer entweder normale Lage und Form haben, oder selbst obliterirt sein kann. III. Varietät: Der Mastdarm endigt oberhalb des Beckens blind oder mündet sich in die Blase oder Harnröhre, dabei ist entweder das Becken wohlgestaltet, der Mastdarm vollständig entwickelt und nur der Aftersack fehlend, oder es ist der Mastdarm wenig entwickelt, sehr kurz, und in einem unvollständigen, flachen Becken befindlich. Die Behandlung besteht bei der I. Varietät darin, dass die einfache häutige Scheidewand zwischen Aftersack und Mastdarmhöhle nach mehreren Richtungen hineingeschnitten, die dadurch gebildeten Lappen abgetragen, und dann Wicken oder Dochte behufs der Erweiterung der gemachten Oeffnung eingeführt werden. Bei der II. und III. Varietät ist entweder der Mastdarm vom Damme aus zu eröffnen oder die Bildung eines künstlichen Afters nach Littre oder Callisen angezeigt.

Angeborner Zwerchfellbruch. Aus den Beobachtungen auf der geburtshilflichen Klinik in Marburg von Dr. C. Hüter (Deutsche Klin. J. 1856.) entnehmen wir folgenden Fall von angebornem Zwerchfellbruche bei einem scheintodt gebornen Kinde männlichen Geschlechtes, welches nach 15 Stunden starb. Die dünnen Gedärme und ein Theil des Dickdarms mit einem Rudiment der Milz fanden sich bei der Section in die linke Pleurahöhle durch eine 1" im Durchmesser haltende Oeffnung des Zwerchfells durchgetreten, die linke Lunge war ungewöhnlich klein, und das Herz nach der rechten Seite gedrängt. Die rechte Pleurahöhle verengert, aber die Lunge dieser Seite vollständig ausgedehnt.

Angeborne Wassergeschwulst am Hinterhaupte. (Ibidem.) An einem übrigens gut entwickelten Neugebornen fand Dr. Hüter am Tage nach der Geburt eine sehr schlaffe, breit aufsitzende, etwa die halbe Grösse des Kopfes betragende Geschwulst am Hinterhaupte; die sie bedeckende Haut war sehr dünn, auf der höchsten Höhe der Geschwulst dunkelfarbig, in der Umgebung bläulich, grösstentheils glänzend, glatt, und liess sich in Falten legen. Der Inhalt der Geschwulst konnte leicht verdrängt, und das Hinterhauptbein ziemlich deutlich durchgefühlt werden; dicht oberhalb des Hinterhauptloches konnte man einen etwas beweglichen Körper, der durch einen schmalen Stiel mit dem Knochen festzuhängen schien, wahrnehmen. Das Kind befand sich übrigens ganz gesund. Nach vorgenommener Eröffnung der Geschwulst entleerte sich blutig gefärbtes Serum; die in der Tiefe befindliche Geschwulst war in der Mitte getheilt, und endigte nach unten stumpfspitz; an ihrer Basis fühlte man eine kleine Spalte im Knochen, ohne dass jedoch ein Zusammenhang derselben mit der Geschwulst entdeckt werden konnte. Sie wurde gleichfalls vom Knochen entfernt, und dann die Hautwunde durch Nähte vereinigt. Die Heilung gelang in wenigen Tagen. Die in der Basis der Geschwulst vom Knochen entfernte Masse wurde leider nicht untersucht.

Heilkraft des Leberthrans. Dr. Marcus in Rendsburg. (Journ. f. Kinderkrankh. 1856. 7. 8.) Verfasser hält den Fettgehalt des Leberthrans als hauptsächliches Agens seiner Wirksamkeit und erklärt, mit Rücksicht auf die drei bekannten Sorten, dass der helle Leberthran ohne Wirkung oder wenigstens von geringster Wirkung, der hellbraune wirksam, der braune aber die meiste Wirkung zeige. Was seine *vis medicatrix* bei den drei Hauptkrankheiten, in denen er vorzugsweise angewandt wird, der Rhachitis, Tuberculosis und Skrofulosis betrifft, so gesteht Verfasser, dass der Leberthran nur bei der Rhachitis von offenbarem Nutzen sei, während seine Heilkraft bei der Tuberculose zweifelhaft, in der Skrofelkrankheit endlich von Vielen geradezu geleugnet werde, jedenfalls aber am wenigsten wirksam sei. Nicht nur der Ausspruch bewährter Aerzte, welche den Gebrauch des Leberthrans bei der Skrofelkrankheit für nutzlos halten, sondern schon die Erfahrung, dass die Bestandtheile des Leberthrans denselben mehr weniger unverdaulich machen, so dass er oft unverdaut abgeht, dass er Uebelkeit und Erbrechen erregt, und besonders von Kindern mit Widerwillen und Ekel genommen wird, dass er im heissen Sommer nicht vertragen wird, sollte massgebend sein, den Gebrauch dieses Mittels zu beschränken. Endlich hebt Verfasser unter den zahlreichen Surrogaten des Leberthrans die *Folia jugland.* (von Négrier als Tonicum empfohlen), die *Quercus gland. tostae*, das *Extractum sanguinis bovini rec. parat.* (von Mauthner in der Tuberculose und Skrofulose in steigender Gabe von gr. X — ℥j in Zuckerwasser zu geben empfohlen), das geschabte Rindfleisch nach (Weisse in Petersburg), endlich das *Ol. jodatum* (von Duncan in London nach der Formel: *Ol. Amygd. dulc.* ℥β, *Ol. Olivar.* ʒjj *Jod. pur.* gr.β. M. D. S. in drei Portionen getheilt gegen Skrofulosis zu geben), oder den *Syrop de jodure d'Amidon* als empfehlenswerth hervor.

Chinin in Verbindung mit Leberthran. (Journal f. Kinderkrankh. 1856. 9, 10.) Dr. O'Connor zeigte der medicinischen Gesellschaft in London ein Präparat, welches vom Chemiker Bastick folgendermassen bereitet worden war: Eine bestimmte Menge schwefelsaures Chinin wird mittelst verdünnter Schwefelsäure in destillirtem Wasser aufgelöst; dann wird in dieser Auflösung das Chinin durch ein kohlensaures Alkali niedergeschlagen. Der Niederschlag wird mit kochendem Alkohol behandelt, die dadurch bewirkte weingeistige Solution filtrirt und bis zur Trockenheit abgedampft. Der Rückstand, das reine Chinin wird dem Leberthrane zugesetzt, und die Mischung in einem Wasserbade erhitzt, bis eine vollständige, ganz durchsichtige Auflösung bewirkt ist. Dr. O'Connor findet das Präparat sehr brauchbar, indem das zugesetzte Chinin den Magen befähige, den Leberthran besser zu behalten und zu verdauen, ihn weniger unangenehm mache, und kräftig tonisirend wirke.

Anwendung des Jod bei Säuglingen. (Gaz. hebdom. 1856. 15.) Labourdette erklärt die Methode, den Ammen und säugenden Müttern Jod, namentlich Jodkali zu reichen, wenn bei den Säuglingen eine Anzeige zur Anwendung von Jod gegeben ist, für verwerflich. Sowohl mehrere Beobachtungen an Ammen, als auch directe Versuche bei Kühen, Ziegen und Eselinnen bewiesen, dass die Milchabsonderung immer geringer und zur Ernährung der Säuglinge unzureichend wurde. Bei längerem Gebrauche stellte sich eine Abmagerung bei den Müttern, sowie bei den sogenannten Melkthieren und bei grösseren Dosen ein gastro-enterischer Zustand ein.

Argentum chlorinicum, dessen Anwendung in der Kinderpraxis von Dr. Ritter von Brenner. (Oesterr. Zeitschrift f. Kinderheilkunde. 1856.10.) Verfasser fand das *Argent. chlorinicum* nützlich bei entzündlicher Gehirnreizung und Convulsionen, die in Gehirn- und Rücken-

markserkrankung ihre Ursache hatten. Verfasser gab es zu $\frac{1}{8}$ gr. p. dos. alle zwei Stunden bei Kindern bis zu zwei Jahren. Schon nach 2—3 Gaben schwanden oft sehr bedenkliche Gehirnsymptome. Als Nebenwirkung wurde leichtes Abführen beobachtet. — Auch die Gehirnaffectionen beim Scharlach sollen dadurch schnell gehoben worden sein.

Anwendung der Electricität bei Kinderkrankheiten. Dr. Markbreiter. (Oesterr. Zeitschrift f. Kinderheilkunde 1856. 10). Da die Integrität und Irritabilität der Muskeln durch galvanische Reizung erhalten werden kann, so verdient die Electricität als therapeutisches Agens volle Würdigung, namentlich bei Paralysen, wenn selbe nicht von einer organischen Affection des Gehirns und Rückenmarks abhängig sind. Besonders ist es die bei Kindern so häufig vorkommende partielle Lähmung, meist von Atrofie, seltener von fettiger Entartung der Muskelsubstanz begleitet, welche für die örtliche Muskelfaradisation geeignet ist. Nur soll man den Strom langsam einwirken lassen, damit sich die Kinder allmälig an den electrischen Contact gewöhnen, und es sich zur Regel machen, die Excitatoren immer auf den Muskelbauch, nie auf die Sehne zu setzen. Verfasser bezeichnet nun jene Stellen, wo die unter der Haut liegenden Nerven den Excitatoren zugänglich sind: a) die Verzweigungen des *n. facialis* in der Parotis werden durch Einlegung eines feuchten conischen Excitators in den äussern Gehörgang getroffen; b) der *Plexus brachialis* über der Clavicula; c) der n. phrenicus am vordern Rande des m. *scalenus anticus*; d) der n. *hypoglossus* im Bereich des *cornu majus* des Zungenbeins. — Die häufigsten im Kindesalter vorkommenden Lähmungen sind: die gleichzeitige atrofische Paralyse des *Deltoideus* und *Serratus anticus*; Atrofie und Lähmung des *Infraspinatus*, Lähmung des *Trapezius*, Lähmung des *Rhomboideus* und *Levator anguli scapulae*. — Mit viel unsichererem Erfolge wurde die Electricität versucht bei *chorea minor*, *Spasmus glottidis*, bei *Aphonie* durch Lähmung der Kehlkopfmuskeln, bei nervöser Taubheit, bei *Parese der Blase*, und bei *Atonie* und *Prolapsus ani*.

Ferrum muriaticum als Blutstillungsmittel. Von Zimmermann. (Centr.-Ztg. 1856. 3.) Z. bezeichnet die *Solutio Ferri muriatici oxydulati* als das beste Blutstillungsmittel, welches selbst in verzweifelten Fällen, wo Tannin und Glüheisen nicht ausreichen konnten, die Blutung sogleich und andauernd stillte. Z. benützte eine Lösung von $\frac{1}{2}$ Unze in 4 Unzen Wasser, welche er mittelst eines Schwammes über die blutende Stelle ausgoss, und bedeckte nach gestillter Blutung die Fläche mit Charpie, welche mit der nämlichen Lösung getränkt war.

Der Luftröhrenschnitt beim Croup. Prof. Roser. (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Ges. der Aerzte in Wien. 1856. 40.) R. hebt besonders zwei Thatsachen, die Specificität und die Lethalität des Croup, als Indicationen für den Luftröhrenschnitt hervor, und hält demnach diese Operation als das einzige und sicherste Mittel gegen die Erstickungsgefahr, selbst dann, wenn die Kinder nachträglich an Pneumonie, Bronchitis oder an dem fieberhaften Processe sterben. Um die Gefahr der Asphyxie durch Eintritt von Blut in die Luftröhre zu vermeiden, schlägt R. bei vorkommender Blutung nicht die Ligatur, sondern die Umstechung vor, da sie nicht nur nicht so leicht abgeleitet, sondern auch sehr rasch ausgeführt werden kann. R. bedient sich dazu einer Schieberpinzette (als Nadelhalter) mit kleinen gekrümmten Nadeln. — Die Bloslegung der Luftröhre nimmt R. nach Durchtrennung der Haut und der Muskulatur bis auf die Schilddrüse, vermittelst zweier stumpfer Haken vor, mit welchen er nach allen Seiten hin das Bindegewebe und die Ränder der Schilddrüse verdrängt. Sodann wird die zugänglich gemachte Trachea mittelst zweier Hakenzängchen zwischen den Venen hervorgezogen, eröffnet und die vorne schief abgeschnittene Canüle eingeführt.

Coniin gegen Keuchhusten. Von Hofrath Dr. Spengler. (Oesterr. Zeitschrift für Kinderheilkunde 1856. 2.) Verfasser fand dieses Alkaloid in der Keuchhusten-Epidemie vom Jahre 1854 sehr wirksam, indem bei beharrlichem Gebrauche desselben die meisten Kinder binnen 14 Tagen bis 3 Wochen hergestellt wurden. Nachkrankheiten wurden niemals beobachtet. Die Form betreffend wird das Coniin am besten mit *Aq. flor. auranţ.* und *Syr. flor. aur.* von 1/40—1/16 Gran *pro dosi* mehrmal des Tages gegeben.

Salpetersäure gegen Keuchhusten. (*The Dublin quart. Journ. of med. scienc. V. XVIII*). Dr. George D. Gibb bezeichnet die Salpetersäure als ein gleichsam spezifisches Mittel gegen den Keuchhusten, indem sie die Schleimhaut der Bronchien zur Norm bringe und die Krampfanfälle hintanhalte. Er wendet eine Mixtur aus 1 1/2 Unze *Acid. nitr. dil. Syr. simpl.*, 3 1/2 Unze, *Tinct. Cardamom. comp.* 3 Drachmen und Wasser eine Unze an, wovon je nach dem Alter der Kranken und der Heftigkeit des Falles alle 1—2 Stunden ein Theelöffel voll gereicht wird. Bei starkem Keuchen wird nebstbei jeden Morgen ein Emeticum aus Ipecacuana gegeben. Auf diese Weise soll die mittlere Dauer der Behandlung nur 6—7 Tage betragen.

Valerianas Atropini gegen Epilepsie, Asthma, Chorea, Keuchhusten, empfohlen von Michéa. (*Gaz. des Hôp.* 1856. 23.) Dieses Mittel, welches in seiner Wirkung sicher, und in seiner chemischen Zusammensetzung sich immer gleich bleibend sein, und nicht so giftig wirken soll, wie das reine Atropin, wird von M. in der Form von Kügelchen, mit einer Silberschicht überzogen, gereicht, und zwar Kindern zu 1/2 Milligramm und Erwachsenen von 1/2 Milligramm bis zu 1, selten 2 Milligramm in 24 Stunden. Nach je 14 Tagen wird damit ausgesetzt, und dann wieder mit 1 Milligramm begonnen. Die Pausen können später selbst 1 Monat hindurch dauern. Verfasser will damit die hartnäckigsten convulsiven Affectionen bleibend geheilt haben.

Jodklystire gegen Tenesmus in der Ruhr. Von Palm (Würtemb. Corr.-Blatt 1856. 28. — Schmidt's Jahrbuch 1856. 9). In Ruhrepidemien, bei denen der höchst lästige Stuhlzwang durch die verschiedenen Klystire und Dampfbäder vergeblich bekämpft wurde, gewährten Klystire aus ℈β Jod, ℈j. Jodkalium in ℥jj. eines schleimigen Vehikels (für Kinder die Hälfte) täglich 1—2 Mal angewendet, und nach Bedürfniss 2—3 Tage lang wiederholt, Beruhigung und allmälige Beseitigung des Tenesmus.

Leberthranseife gegen chronische Eczeme der Kinder. Dr. Behrend. (Journal für Kinderkrankheiten 1856. 11, 12.) Die Mittel, welche der Verfasser bei chronischen Eczemen der Kinder anwendet, sind theils lokale, theils innere. Zur Ablösung der Borken, Krusten und Schorfe, und zur Herstellung einer reinen Fläche dienen Kataplasmen und Fomente; letztere besonders bei grosser Ausbreitung des Eczems an den Extremitäten, seltener am Stamme. Verfasser benützt hiezu den Priessnitz'schen Wasserverband, empfiehlt jedoch statt des reinen Wassers eine Auflösung von gewöhnlicher Pottasche in Wasser (in dem Verhältnisse von ʒj zu ℥vj—vjjj). Der Verband wird alle 3, höchstens 2 Stunden erneuert. Für die Kopfhaut, das Angesicht und den Hals gebraucht B. das seifenartige Leberthran-Liniment (*Kal.* oder *Natr. carbon.* ʒj. auf ℥j. Leberthran), welches Abends und Morgens, nachdem früher die Stelle mit einer Solution von Pottasche in Wasser getränkt und ausgewaschen wurde, auf die Krusten aufgestrichen wird. Zur Verminderung der Hautentzündung werden Umschläge von einem starken Kamillenaufguss mit Bleiwasser und Zinkacetat angewendet; die bei hartnäckigen Eczemen in der Cutis vorhandenen Knötchen sollen einzeln mit Höllenstein betupft werden. Endlich zur Zurückführung der Cutis zur normalen Thätigkeit kommen die verschiedenen *Alterantia*, *Laxantia*, oder bei skrofulöser Dyscrasie Jodkali mit oder ohne Leberthran, und örtlich Alaun, *Sulf. Zinc.* oder *Ferr.*, *Ol. cadin.*, *Ol.*

Rusci, *Bitumen fag.* in Anwendung, sowie auf Regelung der Diät, Aufenthalt im Freien, am Seestrande Rücksicht genommen wird. Verfasser kann nicht genug vor dem raschen Vertreiben der Eczeme warnen, wenn sie lange bestanden, grosse Strecken einnahmen, und sich der Organismus an deren Secretion gewissermassen gewöhnt hat, und sich dabei sonst wohl verhält.

Leberthran gegen angeborne Ichthyose. O'Connor medic. Gesellschaft in London. (Journ. f. Kinderkrankh. 1856. 9, 10.) O'Connor theilt zwei Fälle von angeborner Ichthyose an einem 18 Monate und einem 2½ Jahre alten Kinde mit, welche beide sehr abgemagert und durch die schlechte Verdauung entkräftet waren. Er gab anfangs milde Abführmittel, dann einen bittern Aufguss mit Alkalien, und bald darauf Leberthran innerlich und warme Bäder; da hier auch Besserung eintrat, so wurde neben dem innerlichen Gebrauche des Leberthrans dieses Mittel auch äusserlich angewendet. In 4 Monaten war die Heilung fast vollkommen; der Leberthran wurde jedoch noch lange fortgebraucht.

Zur Behandlung der Hornhautgeschwüre. Von Stellwag. (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1856.) Wenn eine Perforation der Hornhaut droht, so gilt es vor Allem den Pupillarrand der Iris aus dem Bereiche derselben zu bringen. Bei centralem Durchbruche ist daher die Erweiterung, beim periferen die Verengerung der Pupille angezeigt; in jenen Fällen aber, wo das perforirende Geschwür im mittleren Drittheile des Radius der Hornhaut gelegen ist, könnte sowohl die Verengerung, als auch die Erweiterung dem Vorfalle eines Theiles des Pupillarrandes vorbeugen. Da es aber für die Functionstüchtigkeit des Auges vortheilhafter ist, wenn ein Theil des Krystallkörpers an die Durchbruchstelle gelangt, als wenn ein Theil der Iris dahin gelangt, und da die Wirkung der Mittel, welche die Iris erweitern, viel sicherer ist, als die der Myotica, so hält St. in solchen Fällen die Erweiterung der Pupille für angezeigt. Als das sicherste Myoticum erklärt St. das Licht, und er lässt zu diesem Zwecke den Kranken mit dem Gesichte gegen das Fenster legen, und ihn zur Nachtzeit gegenüber einer Flamme postiren.

Behandlung der Gefässmuttermäler durch Einreibung von Brechweinsteinsalbe. (Journal f. Kinderkrankh. 1856. 11, 12). Baker Brown wandte die Brechweinsteinsalbe, bestehend aus *Ung. cetac.* ℥j und *Tart. emet.* ʒj in mehreren Fällen von Gefässmuttermälern an, indem er davon jeden Abend etwas einreiben liess, bis sich auf dem Male Pusteln bildeten; diese wurden abgewartet, und hinterliessen kleine Narben. Nur in Einem Falle, wo das Mal von der Grösse einer Wallnuss auf dem Scheitel des Kopfes sass, entstand eine erysipelatöse Entzündung, welche starke Eiterungen und Abstossung der Kopfhaut bis auf das Pericranium zur Folge hatte.

Anwendung des Collodium gegen Nabelhernien der Kinder. (Gaz. hebdom. — Wien med. Wochenschrift 39. 1856.) Es wird vollkommen reines Collodium wenigstens im Umfange eines Thalerstückes auf die Haut des Nabels aufgetragen; das Eintrocknen des Collodium macht die Reduction der Hernie überflüssig. Der Verband bleibt 7 bis 8 Tage am Platze, löst sich dann von der Periferie gegen das Centrum und fällt dann ab. Die Erneuerung desselben kann der Mutter oder der Amme leicht überlassen werden. In dem mitgetheilten Falle genügte die Anwendung dieses Mittels um binnen 1½ Monaten vollkommene Heilung herbeizuführen. Sollte die Haut rings um das Topicum zu sehr gerunzelt und roth werden, so genügt eine Auftragung von Cerat oder Glycerin um dem Uebelstande abzuhelfen. Bäder werden durch die Anwendung des Collodiums keineswegs behindert.

Das Blaubuch über Impfung.

S. „Geschichte und Ausübung der Impfung" ist der Titel des vom lischen Sanitätsrathe (General Board of Health) dem Parlamente v legten Buches, das in jeder Beziehung geeignet ist, dem Fachmann wohl als auch dem Laien zur Grundlage eines erschöpfenden und rich Urtheils über diese wichtige Frage zu dienen.

Die praktischen Britten haben im Interesse der guten Sache — England sowohl als auf dem Continente keineswegs gering zu schät Feinde zählt — nicht nur die Literatur und die in den neuesten eur schen Staaten vorhandenen officiellen statistischen Daten benutzt, so sie haben die Meinungen der Aerzte und wissenschaftlichen Corporati in der Heimat und in Ländern, wo die Medizin wissenschaftlich ge wird (Oesterreich, Preussen, Baiern, Frankreich etc.), eingeholt.

John Simon bevorwortet die zahlreich eingelaufenen Beantwortu (542) der bekannten vier Fragen, so wie die Gutachten der gele Körperschaften und Vorstände von Blattern-Abtheilungen, und die reichen Dokumente, mit einer sehr anerkennenswerthen selbststän Arbeit, die sich die Erörterung folgender fünf Fragen zur Aufgabe st

1) Welcher Natur waren die Blattern vor der Einführung der Vaccin
2) welche Thatsachen führten zu ihrer Anerkennung,
3) welche Momente haben sich seit einer 50jährigen Erfahrung zu sten der Vaccination geltend gemacht,
4) welche Uebel schienen sich der Uebung der Vaccination entgeg stellen und deren Vortheilen das Gegengewicht zu halten, und en
5) in wie weit sind die Vortheile, die von einer allgemein eingefü Impfung erwartet werden können, verwirklicht? —

Die erste dieser Fragen wird kurz mit den historisch nachweis gräulichen Verwüstungen, die die Blattern-Epidemien in allen Schic civilisirter sowohl als nichtcivilisirter Völker anrichteten, beantwortet

Die Thatsache, die zur Anerkennung der Impfung führte, wa Tradition der Schutzkraft der Kuhpocken unter den Landleuten von G cestershire, die Jenner nach einer dreissigjährigen Beobachtung zur senschaftlichen Klarheit und heilbringenden Anwendung erhob.

Dieselbe Tradition war in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in einigen Gegenden Deutschlands verbreitet. Ein Göttinger Blatt erw ihrer im Jahre 1769. In einigen Theilen Holsteins war die Schutzkraf Kuhpocken zu dieser Zeit schon so weit bekannt, dass zu wiederh Malen deren Lymphe den Menschen eingeimpft wurde; hauptsächlich es der Schulmeister Plett (in einem Dorfe unweit Kiel), der im Jahre drei Kinder mit Kuhpockenlymphe impfte, die bei der 3 Jahre später schenden Variola-Epidemie von dieser Krankheit verschont blieben.

Jenner gebührt ausschliesslich das Verdienst der Lehre von der Uebertragung des beschützenden Stoffes von Individuum auf Individuum, wodurch erst eine allgemeine Wirksamkeit der Kuhpockenimpfung erzielt werden konnte.

John Simon ist der Meinung, dass Jenner vermöge der Benennung der am Kuheuter befindlichen Pocken, *variolae vaccinae*, geahnt hat, dass diese Pocken und die Menschenblattern Modificationen einer und derselben Krankheit sind. Dr. Gassner in Günzburg gebührt das Verdienst, auf experimentellem Wege das zum Beweise erhoben zu haben. — Nach zehn erfolglosen Versuchen der Uebertragung des Menschenblatternstoffes auf den Kuheuter, gelang es endlich daselbst Pocken zu erzeugen, die sowohl an und für sich, als auch in ihrer Uebertragung auf den Menschen, und weitern Fortpflanzung von Arm zu Arm, als ganz gleich mit denen sich herausstellten, die ursprünglich am Kuheuter beobachtet wurden.

(NB. Es dürfte an dieser Stelle nicht überflüssig sein, zu erwähnen, dass dieses *experimentum crucis* häufig als Retrovaccination angeführt wird, ohne dass dabei bemerkt wird, dass Variolastoff auf den Kuheuter übertragen wurde.)

Das Parlament beschäftigte sich schon im ersten Jahre des gegenwärtigen Jahrhunderts mit dieser wichtigen Jenner'schen Entdeckung, nachdem Cline, Woodwille und Pearson in den neunziger Jahren dieselbe öffentlich in London durch Experimente bewahrheiteten.

Jenner findet daselbst die vollste Anerkennung, und unmittelbar darauf bildete sich eine Gesellschaft „für Ausrottung der Blattern," deren Präsident Jenner war. Die Opposition liess nicht lange auf sich warten, und mitunter wurden die abentheuerlichsten Behauptungen im Volke verbreitet, die die zahlreichen von angesehenen Aerzten und gelehrten Körperschaften angestellten Beobachtungen, theils als gänzlich unwahr, theils als übertrieben herausstellten.

Welche Momente haben sich seit einer 50jährigen Erfahrung zu Gunsten der Vaccine geltend gemacht? lautet die dritte Frage.

Statistische Daten geben dieser Entdeckung das glänzendste Zeugniss. — Aus dem grossen daselbst angehäuften Materiale führen wir nur an, dass von einer Million Menschen beiläufig jährlich starben:

	Vor Einführung der Impfung.	Nach Einführung der Impfung.
in Niederösterreich	2,484	340
„ Oberösterreich und Salzburg	1,421	501
„ Steyermark	1,052	446
„ Illyrien	518	244
„ Triest	14,046	182
„ Tyrol und Vorarlberg .	911	170
„ Böhmen	2,174	215
„ Mähren	5,402	255
„ Schlesien	5,812	198
„ Gallizien	1,194	676
„ Bukowina	3,527	516
„ Dalmatien	—	86
„ Lombardei	—	87
„ Venetianische Prov. . .	—	70
„ Militärgrenze	—	288

Die Zahlen „vor Einführung der Impfung" sind mit Ausnahme Bukowina's vom Jahre 1777—1806, die „nach Einführung der Impfung" von 1806—1850 mit Ausnahme der letzten 4 Provinzen, die theils vom Jahre

1817 (die drei ersten), theils vom Jahre 1831—1850 (Militä datiren.

Derselben günstigen Erfolge erfreuen sich auch die andern Sta denen die Impfung so geübt wird wie bei uns. So sind z. B. in Sc in früherer Zeit von je 1 Million Einwohner jährlich 2050, später 1 Variola erlegen, in Westphalen ist das gleiche Verhältniss wie 264 in Berlin wie 3422 : 176 etc. etc.

Die vierte Frage, die einen so fruchtbaren Boden für alle mö die Gesundheit und das Leben gefährdenden Krankheiten, die in Fo Vaccination entstehen, abgab, ist zur Beruhigung der Zweifler zu G Oesterreichs, Englands und Frankreichs gelöst worden. Die der I zur Last gelegte Herbeiführung von Skrofeln, Rhachitis etc., die gleich Einimpfung von Syphilis und anderen Contagien mit der Vaccinl sind ohne jede positive Grundlage in die Welt geschleudert, nunm Hirngespinnst erkannt.

Die Befürchtungen, zu denen das Vorkommen von Variolen selbs der Impfung Anlass gegeben hat, waren zum grossen Theile übert und namentlich dort, wo die Impfung mit gutem Stoffe zur rechte vollführt wurde, beinahe auf Null reducirbar. Die Erfahrung hat erwiesen, dass der Schutz nur eine gewisse Zeit dauert, daher die Re nation zweckdienlich ist. Die Versuche in der preussischen, bairi würtembergischen, badischen, russischen, dänischen, schwedische braunschweigischen Armee beweisen dies zur Genüge. Sicher ist es f dass Erneuerung des Impfstoffes ebenfalls der Empfänglichkeit fü steckung mächtig entgegenwirkt.

Die Beantwortung der fünften Frage: In wie weit sind die Vor der allgemein eingeführten Impfung verwirklicht? macht uns unter A mit der in England noch jetzt bestehenden Abneigung gegen die Vac tion, namentlich gegen die im frühen Kindesalter, vertraut. Dass in land weniger für diese heilbringende Sanitätsmassregel geschehen, u mehr dem guten Willen der Aerzte und des Publikums überlassen war, als bereits bekannt, an dieser Stelle officiell bestätigt. — Durch die A ten des General-Register-Office wird nachgewiesen, dass vom Jahre 1837 bei 36,000 an Blattern gestorben sind, wovon die grosse Mehrzahl Gregory Kranke, die kaum je geimpft waren, betraf; — noch einleuch der wird der Nachtheil des späten Impfens durch folgende Zahlen:

Unter 4,858, die während 5 Jahren in London, und 4,227 im Jahre 1 in England an Blattern starben, *summatim* 9085, waren 6,379 unter 5 Ja alt, also mehr als zwei Dritttheile, 1,186 waren zwischen dem 5.—10., zwischen dem 10.—15. und die übrigen 1255 über 15 Jahre alt.

Diese Sterblichkeit, verglichen mit den Erfahrungen, die man anc wärts, so z. B. im Grossherzogthum Baden, wo während acht auf einan folgenden Jahren, in Kopenhagen, wo während 13 Jahren kein Sterbefal Blattern vorkam, machte, musste begreiflicher Weise zu einem Gesetze f ren, das eine Verpflichtung zur Impfung den Eltern auferlegte. Jahre 1853 ward ein solches erlassen: die Eltern müssen ihre Kind innerhalb der ersten vier Lebensmonate (so es deren Gesundh gestattet,) impfen lassen. Im folgenden Jahre hat sich die Zahl der Im linge in England mehr als um das Doppelte vermehrt von 180,000 auf 408,8 darunter waren mehr als 100,000 über 1 Jahr a, was wohl zu beachten, in den nächstfolgenden Jahren 1855 u 56 zeigte die Abnahme der Impflinge schon, dass das Gesetz nur ein todter Buchstabe sei, indem kein Org existirt, das dessen strenge Folgeleistung überwacht, und die Dagegenha delnden dazu verhält.

Und dennoch, trotz der Ungenügenheit des Gesetzes: „Der Verpflic tung der Impfung etc.," hat dasselbe Resultate geliefert (denn es starben

den letzten 3 Jahren während des Bestehens des Gesetzes je 132, während in den Jahren 1838—40 je 770 von 1 Million Einwohner an Blattern starben), die geeignet sind darzuthun, welche Vortheile das Gesetz brächte, so dessen oben angedeutete Lücke ausgefüllt würde. — Nebst dem ist es nothwendig, dass die öffentlichen Impfärzte das Impfgeschäft gehörig zu erlernen Gelegenheit finden, denn nur dadurch und durch ein strenges Gesetz werden die Vorurtheile gegen die Vaccination schwinden, durch gute Impfärzte wird die Impfung mit Erfolg gehandhabt, und die ganze Massregel sich als eine solche erweisen, die von unberechenbarem staatlichen Vortheile begleitet ist.

Handbuch der Kinderkrankheiten.

Von E. Barthez und F. Rilliet.

Zweite gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Aus dem Französischen übertragen von E. R. Hagen. Leipzig bei Chr. E. Kollmann 1854—56.

Mit besonderer Berücksichtigung der ersten Auflage vom Jahre 1844 besprochen

von **Dr. *M. Schuller.***

Die pädiatrische Literatur hat nicht Viel der ausgezeichneten und praktisch brauchbaren Werke. Die Irrthümer, die vorzüglich auf diesem Felde der Medizin so üppig wucherten, waren im Mangel klinischer Beobachtung begründet. Erst die letzten Decennien förderten Arbeiten zu Tage, die auf genauer Beobachtung und sorgfältiger Forschung beruhen. Eine solche Arbeit ist dieses Handbuch, das, wenn auch keineswegs vollständig und fehlerfrei, jedem praktischen Arzte und vorzüglich jedem Pädiatriker unentbehrlich geworden ist.

Dieser letztere Umstand ist es eben, der uns bewog, in eine genauere Kritik und Vergleichung beider Auflagen einzugehen, um einerseits die Fortschritte, welche die Verfasser seit 10 Jahren gemacht, darzulegen, und um andererseits widersprechende und irrthümliche Ansichten aufzudecken und zu widerlegen; — wir halten das Letztere um so mehr für unsere Pflicht, weil selbe von Männern ausgehen, die mit vollstem Rechte in der medizinischen Welt einen so guten Klang haben.

Wir wollen gleich Eingangs den Standpunkt kennzeichnen, von dem die Autoren bei der Bearbeitung dieser neuen Auflage ausgingen: es ist der der Blutkrasen. Die Blutkrase durchzieht das ganze Werk wie ein rother Faden, man begegnet ihr bei den catarrhalischen Krankheiten der Schleimhäute sowohl, als bei den spezifischen Allgemeinkrankheiten, beim *Morbus Brightii* eben sowohl, als bei den Hydropsien und Hämorrhagien, bei der Tuberculose eben so gut, als bei der Verminose etc.

Diese ausgedehntere und zuversichtlicher hingestellte Annahme der Blutkrase im Jahre 1854, als 10 Jahre früher, musste uns um so mehr Wunder nehmen, da gerade jetzt dieser Standpunkt von einem der ersten Autoritäten der pathologischen Anatomie fast gänzlich verlassen wurde, und dieses Aufgeben der Krasenlehre von den vorzüglichsten Forschern Deutschlands mit Freude begrüsst wurde.

Die Annahme der Blutkrase hat der Pathogenie zu wenig Vorschub geleistet, als dass man das nunmehr betretene Feld der Forschung verlassen sollte, um zu Annahmen die Zuflucht zu nehmen, die dem ärztlichen Handeln gerade nicht zu Statten kommen.

Wenn die Autoren in der Nosogenie in der Weise seit einem Jahrzehnt fortgeschritten, so müssen wir diesen Fortschritt eher als einen Rückschritt bezeichnen.

Die Therapie, so sehr selbe von den Autoren gepflegt wird, hat nur sehr karge Bereicherungen erfahren, es ist dies um so trauriger, da nur

Wenige so berufen wären, therapeutische Experimente zu machen, wie Rilliet und Barthez. Allein das Stehenbleiben in der Therapie dürfte theilweise seine Erklärung in den Zahlen der verschiedenen Krankheitsformen finden, wenn man beide Ausgaben vergleicht; man wird dadurch sogleich gewahr, dass die klinisch beobachteten Fälle sich nur um Wenig vermehrt haben; hingegen sind viele Fälle aus der Privatpraxis verzeichnet, die in diagnostischer Beziehung sehr belehrend sind.

Trotz des Rückschrittes in der Nosologie, trotz des Stehenbleibens in der Therapie, verdient diese II. Auflage dennoch mit vollem Rechte eine „vermehrte und umgearbeitete" genannt zu werden; der jeweilig angestellte Vergleich wird dies zur Genüge bekunden.

Die Einleitung zerfällt in vier Capitel, von denen das II. „über den pathologischen Zustand des Kindes," zum grossen Theile neu und praktisch bearbeitet ist. — Ein Auszug dürfte unsern Lesern nicht unwillkommen sein:

a) Die Einwirkung der Krankheitsursachen ist bei dem Kinde eine viel energischere und directere, als im späteren Lebensalter; das Studium derselben stellt die Diagnose und Prognose in ein helleres Licht.

b) Alter, Krankheit und Verwandtschaft der Eltern üben auf die Nachkommen einen bedeutenden Einfluss; Lebensschwäche, Skrofulose, Neurosen sind deren Folgen, die die Kinder verkrüppeln und früh in's Grab bringen.

c) Die Hygiene.

d) Gewisse Krankheiten gehören fast ausschliesslich dem Kindesalter an, und diejenigen Krankheiten, die selbe mit den Erwachsenen gemein haben, zeigen eine andere Form und ein anderes Bild. Diese Differenzen sind theils durch das Intrauterinalleben, theils durch die Geburt und die Zeit bis zur ersten Zahnung (von den Autoren erste Uebergangsperiode genannt) und durch die Entwöhnung etc. bedingt.

e) Die Kinder werden vorwiegend von acuten Krankheiten befallen, dieselben durchlaufen ihre Stadien — häufig nicht alle — rasch; die pathologischen Producte werden zugleich in mehrere Organe gesetzt.

f) Bedeutende locale Störungen äussern sich häufig durch gar kein Symptom und *vice versa.* Die erste Thatsache, die mit der Leichtigkeit der Reaction in der Kindheit im Widerspruche zu stehen scheint — ist in secundären, in kachectischen Leiden bei unterdrückter Lebenskraft begründet.

g) Die Krankheiten der Kinder sind selten einfache, sondern weit häufiger ein- oder mehrfach complicirte, oder ein- oder mehrfach neben einander stehende. Nur wenige Krankheiten — unter denen der Typhus — entwickeln sich ausschliesslich im Verlaufe einer guten Gesundheit.

Die Untersuchung kranker Kinder im III. Capitel ist zum grossen Theile im II. Capitel der alten Auflage wieder zu finden.

Die Eintheilung sämmtlicher Krankheitsformen in acht Classen ist beibehalten; diese Eintheilung ist auf die Natur, Form und den Sitz derselben gegründet.

In der Classe der Entzündungen ist die apyretische Leberentzündung, die Peritonitis der Neugebornen und Säuglinge, so wie die Entzündung der Geschlechtsorgane aufgenommen. An die Entzündung reihen die Autoren den Catarrh, und beide werden in einer Classe abgehandelt, hierdurch ist die Basis der früheren Arbeit gänzlich verrückt.

In der II. Classe — die Hydropsieen — ist das Glottisödem klarer wieder gegeben und von der submucosen Laryngitis gänzlich getrennt.

Bei den Hämorrhagien ist die Meläna der Neugebornen berücksichtigt; die Neurosen sind durch die Einreihung des Keuchhustens in die acuten specifischen Allgemeinkrankheiten, durch die gänzliche Umarbei-

tung des *spasmus glottidis*, und durch die Bereicherung der essentiellen Pa ralyse wesentlich verändert.

In die Classe der acuten spezifischen Allgemeinkrankheiten wurde die Parotitis, die im Jahre 1848 und 1849 epidemisch in Genf beobachtet wurde, neu aufgenommen; und die Vaccin in einem abgesonderten Capitel vorzüglich nach fremden Quellen abgehandelt. Die Enkephalopathia *albuminorrhoica* beim Scharlach ist seit Jahren wiederholt Gegenstand der Besprechung, und die Arbeiten der Autoren hierüber sind überall gekannt und gewürdigt. Dieselben sind in der II. Auflage aufgenommen.

Wir gehen nun nach der skizzenhaften Angabe des in der II. Auflage „Neuen und Umgearbeiteten" auf die einzelnen Krankheitsclassen selbst über.

Der Catarrh, der in der II. Auflage eine sehr umfassende Bearbeitung gefunden, gilt den Autoren als das Product eines im Blute vorhandenen Auswurfsstoffes, zu dessen Localisirung die Schleimhaut der Athmungs- und Verdauungs-Organe gewählt werde; hiebei sind die Autoren wohl nicht geneigt, jeden Catarrh auf dieses causale Moment zurückzuführen, denn sie sind sich dessen wohl bewusst, dass mechanische Blutstaunngen einzig und allein zur Erzeugung des Catarrhs hinreichen. Allein abgesehen von diesem Letzteren, wie wenig ist mit diesem Auswurfsstoffe gesagt? Auf welchen physiologisch-pathologischen Vorgang wollen sie diese Annahme gründen? Wie soll man nach der heutigen Anschauungsweise über die Exosmose sich dieses Deponiren gewisser Krankheitsproducte aus dem Blute vorstellen, ohne gleichzeitig an einen Vorgang zu denken, den man bis jetzt Entzündung nennt? Man ist in vielen Fällen berechtigt, den Catarrh als eine „Entzündung" zu bezeichnen, weil deren charakteristische Erscheinungen zugegen sind, und wenn wir deshalb den Catarrh von den Entzündungen trennen und lediglich für einen Auswurfsstoff erklären, weil dessen Product von den übrigen sich unterscheidet, so müssten wir consequenter Weise jedem Product eine eigene Bluterkrankung unterlegen; eine Annahme, die vor einem Decennium gang und gäbe war, jedoch gegenwärtig von den meisten Forschern verlassen ist. — Wir haben bei der Annahme: „das catarrhalische Product ist ein Auswurfsstoff des Blutes" deshalb lange verweilt, weil darauf eine Heilmethode: „die evacuirende" gegründet wird. — Wie viel diese Heilmethode beim Catarrh der Luftwege leistet, ist sattsam bekannt, und es dürften nur Wenige behaupten, dass ein Brechmittel mehr nützt, als dass eben das krankhafte Product entfernt wird, und wenn man eine grössere Wirkung von einem evacuirenden Mittel hofft, oder vielmehr erwartet, so spricht dies wahrlich nicht zu Gunsten einer Theorie „der Auswurfsstoffe"; denn der Catarrh müsste eben so lange dauern, als eben diese Stoffe im Blute vorhanden sind und die Entleerung des vorhandenen Secretes hätte nur in so weit einen Nutzen, als es dem nachkommenden Platz macht; oder soll vielleicht durch die stete Entleerung des vorhandenen Secretes der Process um so schneller zu Ende geführt werden? Diese Idee scheint die Autoren vorzüglich bei der Therapie des Catarrhs des Darmcanals geleitet zu haben, da selbe dem Calomel — als evacuirendem Mittel — einen ziemlichen Werth beilegen. — Allein selbst zugegeben, dass das Calomel bei der Diarrhöe eine Wirkung äussert, ist dasselbe keineswegs ein rein evacuirendes Mittel, sondern auch ein entzündungswidriges. Die Erfahrungen, die ich im Findelhause mit dem Calomel gemacht, sprechen wohl zu Gunsten dieses Mittels, jedoch in einer Gabe, wo es styptisch wirkt = $\frac{1}{6}$—$\frac{1}{4}$ Gr. pr. Dosi und dies gleich im Beginne der Krankheit, denn später ist es wie alle andern Mittel gewöhnlich wirkungslos. — Auf derselben Seite, wo die Autoren dem Calomel eine günstige Wirkung, vermöge seiner en-

leerenden Eigenschaft vindiciren, sagen sie: „dass das erwähnte Mittel weggelassen werden muss, wenn die Entleerungen gleich häufig oder copiös bleiben.“

Wir glauben dem Gesagten zufolge: dass bis jetzt kein Grund vorhanden ist, den Catarrh als Entzündungsprocess aufzulassen, und ihn als blosen Auswurfsstoff zu betrachten; weder die Physiologie, noch die pathologische Anatomie und die Therapie können dieser Lehre irgend welche Stütze leihen.

Die *Meningitis simplex* hat, abgerechnet die wenig practische Eintheilung — in eine convulsivische und comatöse — keine wesentliche Veränderung erlitten; hervorzuheben ist nur die Differentialdiagnose der Hirncongestion und Meningitis einer- so wie der tuberculösen und reinen Meningitis anderer Seits.

Bei der Aufstellung der Differentialdiagnosen bekunden die Verfasser treue Beobachtung und seltenen Scharfsinn.

Die epidemische Meningitis, die im Genfer Mädcheninstitute von Rilliet im Jahre 1849 beobachtet wurde, bestand in der gleichzeitigen Erkrankung von vier Fällen, von denen Einer starb.

Der angeführte Fall einer ventriculären Meningitis, der dann in chronische Hydrocephalie überging, lässt manchen Zweifel zu, da der Diagnose die Bestätigung fehlt, und im Leben die Erscheinungen der ventriculären Meningitis nach unserer Beobachtung analog sind denen der langsam verlaufenden peripheren Meningitis oder einer Apoplexie in Nachschüben.

Dass die Autoren bei der Aetiologie der Meningitis dem Zurücktreiben der chronischen Ausschläge am behaarten Kopfe ein ziemlich weites Feld einräumen, ja sogar in einem Falle dies mit Gewissheit constatirten, musste uns höchlichst wundern; — da Rilliet und Barthez unter die gewiegtesten Forscher der Medizin zählen, die allenfalls Wirkung und Ursache und vice versa nicht verwechseln sollen. — Eben so wenig, als wir uns mit dieser Theorie befreunden können, würden wir den darauf gegründeten therapeutischen Grundsätzen Folge leisten. Die ableitenden Mittel, in Form von Crotonöl - Einreibungen am Rücken, sind uns in ihren Wirkungen noch so lebhaft vor Augen, und die Phlebitis der Hirnblutleiter bei Impetigo des behaarten Kopfes ist so treu in unserem Gedächtnisse bewahrt, dass wir vor diesem Mittel mit Recht zurückschrecken.

Die partielle Gehirninduration ist in beiden Auflagen durch zwei Fälle repräsentirt, von denen der eine der Beschreibung zufolge: „in der erweichten Substanz eines Theils des Kleinhirns befanden sich 4—5 theils central theils peripherisch gelagerte unregelmässige oder rundliche, mattweisse, dicht elastische, den Faserknorpeln ähnliche Geschwülste etc.“ viel eher einem Neugebilde entspricht. — Der in diesem Falle gleichzeitig vorhandene chronische Hydrocephalus spricht deutlich für unsere Annahme.

Bei den Krankheiten der Hirnblutleiter und Hirnblutadern vermissen wir die Arbeit Virchow's über Embolie; bei Rilliet und Barthez muss dies um so mehr Wunder nehmen, als sie mit der deutschen medizinischen Literatur sehr vertraut sind.

Unter den Krankheiten der Mundschleimhaut sind die Aphten sehr ungenau behandelt, die zahlreichen und klar wiedergegebenen Beobachtungen Bednař's hätten daselbst eine Berücksichtigung verdient, und dies um so mehr, weil die Autoren weniger in der Lage waren, Säuglinge klinisch zu beobachten, und deren Krankheiten zum grossen Theile nach der betreffenden Literatur schildern.

Unter den Krankheiten des Schlund- und Kehlkopfes, die sämmt-

lich mit seltener Präcision und Klarheit abgehandelt sind, verdient die Croup hier noch besonders hervorgehoben zu werden. Diese Arbeit ist in so vielen Lehr- und Handbüchern und Journalen copirt, dass ich es für unnöthig halte, selbst das Beste hier wiederzugeben, nur die Eine Wahrheit, deren Nichtkenntniss zu häufigen ab- oder unabsichtlichen Täuschungen veranlasst, möge hier einen Platz finden: „Ein sehr einfache Ursache, weshalb der Croup keinen Rückfall macht, ist die, dass der erste Fall fast stets tödtlich ist.“ — Berücksichtigt man bei diesem Ausspruche die Zahl der Mittel, die die Verfasser gegen diese Krankheit angewandt, so wird man leicht einsehen, welche Bewandtniss es mit den Anpreisungen dieser oder jener Methode hat, oder wie viel von der Behauptung zu halten ist, dass ein Kind 3, 4 ja sogar 10 Mal den Croup überstanden hat.

Die Krankheiten der Brustorgane sind in beiden Ausgaben in der pyhsikalischen Symptomatologie nach den Grundsätzen Laennec's bearbeitet. Es ist überflüssig an dieser Stelle auf die Vorzüge einzugehen, welche die von Skoda so sehr vereinfachte Lehre der Percussion und Auscultation vor der des Laennec voraus hat; und es würde jedenfalls dem Andenken des genialen Laennec keinen Abbruch thun, wenn die Collegen in Frankreich die letztere mit der erstern vertauschten.

Die Einfachheit, die wir in der Symptomatologie vermissen, vermissen wir auch bei der Aufstellung der Krankheitsformen. Wir wissen nur zu gut, dass Hand- und Lehrbuch weit von einander verschieden sind, können uns jedoch mit der Aufnahme folgender Diagnosen: „Catarrhalisches Fieber der Bronchien, Bronchialcatarrh mit catharrhalischer Fieberbewegung, Bronchopneumonie mit catarrhalischer und entzündlicher Fieberbewegung“ nicht einverstanden erklären; für eben so praktisch unnütz als wissenschaftlich nicht gerechtfertigt halten wir die Eintheilung der Pneumonie in eine normale und „Gehirnpneumonie,“ und die der letzteren in eine eclamptische und meningeale, und diese wieder in eine comatöse und delirirende. Bei solch gediegener Kenntniss der pathologischen Anatomie, wie selbe ohne Zweifel den Autoren eigen ist, muss eine auf eine vorwaltende Krankheitserscheinung gegründete Eintheilung Wunder nehmen. — Befolgen wir diesen Grundsatz auch bei andern Krankheiten, so kommen wir zuletzt wieder auf Diagnosen wie „febris gastrica cum notula (nota) typhosa, febr. gastrico-biliosa etc.“ zurück.

Aus der Individualität, vorzüglich aber dem Grade der Krankheit, der Zeit, innerhalb welcher das Product gesetzt wird, endlich der Natur und Metamorphose der letzteren und noch andern Momenten ergeben sich die Verschiedenheiten und Nuancen des Krankheitsbildes.

Die Autoren haben überall deren Ergründung Rechnung getragen, sie konnten also schon deshalb den unnützen Ballast der zahlreichen Unterabtheilungen — wie wir selben auch bei den Darmkrankheiten begegnen werden — gänzlich über Bord werfen. — Ob die Leistungen der Therapie durch solche Unterabtheilungen gewinnen, wage ich nicht zu entscheiden. —

Die Krankheiten des Darmkanals sind in der II. Auflage gänzlich umgearbeitet.

Sämmtliche Krankheiten desselben werden unter Catarrh, Congestion, Phlegmasie und Erweichung subsumirt, und selbe werden mit folgenden trefflichen Worten eingeleitet: „Diese in dem Kindesalter so gewöhnlichen Veränderungen entsprechen nicht eben so vielen bestimmten Krankheiten, als sie verschiedene anatomische Arten repräsentiren, den scheinbar identischen Störungen

entsprechen verschiedene symptomatische Gruppen, den gleichen symptomatischen Formen die verschiedenartigsten Störungen. Daraus folgt, dass man bei dem jetzigen Standpunkt der Wissenschaft selten aus der Art der anatomischen Störung auf die Natur der Krankheit und passende Behandlung schliessen kann."

Dieses wahrheitsgetreue Bekenntniss vorausgeschickt, muss man sich über die fast haarspalterische Eintheilung der Darmkrankheiten in: „catarrhalisches Gastro-Intestinal-Fieber, gastrischer Zustand, chronischer Catarrh, Catarrh, Catarrh und acute catarrhalische Entzündung, choleraförmiger Catarrh, erethistischer Catarrh, Gastritis, Enteritis, Gastro-Enteritis" etc. etc. um so mehr verwundern. Die Aufstellung und genaue Durchführung dieser Krankheitsformen setzt den Leser allenfalls in Erstaunen, dies um so mehr, wenn er selbst Gelegenheit hatte, die Darmkrankheiten *en masse* zu beobachten. Wir massen uns keineswegs an, im Besitze einer so scharfen Beobachtungsgabe zu sein wie die Autoren, es standen uns auch nicht diejenigen Hilfsmittel zu Gebote wie den Leitern von Kinderanstalten; allein am Fleisse dürfte es uns nicht gefehlt haben, um die Darmkrankheiten der Kinder unter präcise Diagnosen zu bringen, und wir gestehen es gerne offen, dass es uns nie gelang, einen „chronischen Darmcatarrh" vom Catarrh und chronischer Entzündung zu unterscheiden, dass die Diagnose „Diarrhöe" (Catarrh) und „Gastro-Enteritis" bei Säuglingen sich häufig in der Leiche als unrichtig erwies; dass wir einen erethistischen Catarrh von einem acut verlaufenden nicht unterscheiden konnten, da wir die nervöse Complication, die ihn von den andern Formen des Catarrhs unterscheiden soll, bei den meisten Fällen des einfachen Catarrhs — vorzüglich der Säuglinge und der plötzlich Entwöhnten — gefunden haben.

Die nach unserer Beobachtung möglichen Diagnosen der Darmkrankheiten dürften

a) Dyspepsie,
b) Diarrhöe (acuter Catarrh),
c) Choleraförmige Diarrhöe,
d) Chronische Diarrhöe (chronischer Catarrh),
e) Enteritis, Gastritis und Colitis,
f) „ „ „ „ pseudomembranosa und
g) Dysenterie sein; die tuberculöse und typhöse Darmaffection so wie die Darmveränderungen nach Invagination kämen bei den entsprechenden Krankheiten in Betracht.

Ich will diese Eintheilung, die keineswegs auf Neuheit Anspruch machen darf, nicht befürworten, und möchte nur bemerken, dass selbe am Krankenbette für das therapeutische Verfahren mehrere sichere Anhaltspunkte gibt, indem die Beschaffenheit der Entleerungen, die Dauer der Krankheit, das Vorhandensein oder Fehlen des Fiebers, der Drang und die Schmerzhaftigkeit bei der Entleerung, die Zeit innerhalb welcher der Collapsus zu Stande kam, die Conformation, Schmerzhaftigkeit oder Schmerzlosigkeit des Unterleibes, das Alter des Kranken, seine Ernährungsweise und endlich die microscopische Untersuchung der Entleerungen eine oder die andere Diagnose sicher stellen können.

Die Krankheiten der Nieren sind in der II. Auflage klarer und systematischer bearbeitet als in der ersten. Die Hyperämie und die *Nephritis simplex* sind in Einem abgehandelt, und beim *Morbus Brightii* sind die Autoren zum grossen Theile den Forschungen Barré's *(recherches cliniques et philosophiques pour servir à l'histoire de la maladie de Bright, Montpellier 1842)* gefolgt; und ihre Erfahrungen führten sie zu gleichem Schlusse wie Barré: „dass der *morbus Brightii* eine Allgemeinkrankheit sei."

Ein Fall von *Ischuria renalis* — gleich dem Willan's — so wie im Leben diagnosticirte *Pyelitis calculosa* sind sehr werthvolle Bere rungen dieser Krankheitsformen.

Die apyretische Form der Leberentzündung, deren wir be Eingangs erwähnten, ist in diagnostischer Beziehung wichtig, da i im Beginn mit der *Meningitis tuberculosa* einige Aehnlichkeit hat. Fehlen des Kopfschmerzes, das Fehlen des Seufzens und Zähnel schens, so wie das der unregelmässigen Respiration unterscheidet — der Gleichheit der anderweitigen Symptome — beide Krankheiten einander.

Die Krankheiten der allgemeinen Decke sind zum Theile bereic (allgemeines Eczem, epidemische Roseola und Erysipel der Neuge nen), zum Theile umgearbeitet (*favus*).

Die epidemische *Roseola* ward gleichzeitig mit der epidemisc Ohrspeicheldrüsenentzündung in Genf beobachtet. Das Incubation dium dauerte bis 14 *Tage*. Die rothen Flecke waren 2—3 Tage si bar, wurden dann gelb und schuppten leicht ab.

Beim *favus* ist anstatt der Pustel der bekannte Pilz getreten, die Autoren sind hiebei der Arbeit Lebert's und Robin's gefolg

Wir haben bereits bei der *Meningitis simplex* erwähnt, dass die toren der Ansicht des Zurückschlagens der chron. Hautausschläg wenn auch nicht in solcher Ausdehnung wie unsere Vorfahren — treten; bezüglich der günstigen Behandlungszeit derselben stimmen s folgenden von Trousseau aufgestellten Sätzen bei:

1) Wenn sich ein Kind wohl befindet, so sind die Ausschläge nie nothwendig; da sie nachtheilig werden können, so muss mar um jeden Preis von ihrem Beginne an hemmen.

2) Wenn sich unglücklicher Weise die Ausschläge bei einem sich v befindenden Kinde eingestellt haben, und das Befinden gut bl so dürften diese Ausschläge langsam und mit grosser Vorsicht heilt werden.

3) Wenn ein Kind gewöhnlich kränkelte und seit dem Ausbruch Ausschläge die Gesundheit desselben sich besserte, so müssen c geschont und unterhalten werden, und man darf nur dann d denken sie zu heilen, wenn die Gesundheit sich schon lange wieder befestigt, und die Verminderung oder das spontane schwinden der Ausschläge das Wohlbefinden des Kindes nich stören geschienen hat.

4) Wenn die Ausschläge mit excessiver Entzündung und Eiterung hergehen, so muss man ihre Heftigkeit vermindern.

5) Wenn sie einige wichtige Theile befallen, wie z. B. die Augen, Nasenhöhle, den Gehörgang, so muss man mit allen Mitteln Extension bekämpfen.

Das Sclerem der Haut und des Unterhautzellgewebes ist fast neu bearbeitet und durch zwei Fälle — bei einem 9- und 11jähr Mädchen — klar veranschaulicht. Die Entzündung des Gehörorgan durch die skrofulöse Form bereichert.

Die II. Krankheits-Classe — die Hydropsien — hat in dem Ca „chronischer Hydrokephalus" keine wesentliche Bereicherung erfahre Rilliet und Barthez bezweifelten im Jahre 1844 die Entwicke des chronischen Hydrokephalus aus dem acuten; zwei von Rilliet dem beobachtete Fälle haben diesen Zweifel gehoben. — Diese Ent lungsweise des chronischen Hydrokephalus acquisitus ist eine au seltene, die häufigere ist die durch Behinderung des venösen laufes. — Die Entzündung und mechanische Hindernisse sind di

schliesslichen Ursachen des erworbenen chronischen Wasserkopfes; die idiopathische Entwickelung desselben wird von ihnen bezweifelt.

Aus dem eben Angeführten ergiebt sich von selbst, dass Rilliet und Barthez einen hitzigen Wasserkopf ohne Meningealtuberculose nunmehr annehmen müssen; die diese Annahme stützenden Beobachtungen Cheyne's und Matthey's sind in der II. Auflage unverändert abgedruckt.

Der idiopathische hitzige Wasserkopf zeigt nach diesen sorgfältigen Beobachtern eine unverkennbare Aehnlichkeit mit der einfachen oder entzündlichen Meningitis.

Die Eintheilung des Hydrokephalus chronicus, des Lungenödems, Hydrothorax und Hydropericardiums in eine latente und sichtbare, ist abgesehen von der Unwissenschaftlichkeit, praktisch unnütz; da man gegen latente — oder mit andern Worten für den Arzt nicht existirende Krankheiten — gar nicht ankämpfen kann; übrigens dürfte bei der heutigen Untersuchungsweise ein nur etwas bedeutenderes Lungenödem und Hydropericardium kaum latent bleiben.

So wie die Autoren den primären chronischen Hydrokephalus bezweifeln, eben so widersetzen sie sich der Annahme eines essentiellen Hydrothorax. Die Beobachtungen Lichtenstäd's (Literarische Annalen 1830 pag. 293) und Becquerel's, die die Existenz eines essentiellen Hydrothorax beweisen sollen, sprechen nach Rilliet und Barthez für das Entgegengesetzte. — Das Oedem der Lungen ist durch die Experimente Barthez — die im II. Bande pag. 238 und seq. einzeln angeführt sind, und zu dem Schlusse geführt haben, dass beim einfachen Lungenödem das Serum seinen Sitz in den Vesikeln oder dem Zellgewebe hat, und dass selbes mit Leichtigkeit durch die die Vesikeln begrenzende Membran transsudirt von einem Theile zum andern etc. — in seinem pathologisch-anatomischen Theile mehr gewürdigt worden, als in der I. Auflage. —

Legendre's Ansicht, dass beim Lungenödem mit Einsinkung der Vesikeln die letztere durch das intervesiculäre Zellgewebsödem zu Stande komme, wird von den Autoren nicht getheilt; das intervesiculäre Zellgewebsödem kann diese Einsinkung eben so wenig, als die Congestion bewerkstelligen, eine Anhäufung von Schleimmassen ist nach Rilliet und Barthez noch hiezu erforderlich.

Die III. Krankheitsclasse — die Hämorrhagien — erfährt in der Einleitung eine strengere Präcisirung der Ursachen, die im Resumé folgender Weise lauten:

„Die localen Hämorrhagien hängen von einer Alteration der Gefässwand, oder von einem Hinderniss im venösen oder arteriellen Blutlauf ab. Die allgemeinen, von verschiedenen Blutalterationen abhängigen Hämorrhagien sind plethorische, supplementäre, scorbutische (acute oder cachectische) oder entzündliche."

Ein Fall von tödtlich endender Epistaxis, — wo die Tamponade nicht gemacht wurde — und ein zweiter Fall, in welchem das Blut aus der Nasenhöhle sich in die Luftwege ergoss und dies eine Hämoptyse simulirte, sind in der zweiten Auflage neu aufgenommen.

Die Melaena der Neugebornen, die wie bereits Eingangs erwähnt, in der neuen Auflage aufgenommen wurde, ist auf Grund zweier von Rilliet beobachteten Fälle (bei Zwillingen) mit Zuhilfenahme der betreffenden Literatur bearbeitet.

Referent erlaubt sich bei dieser Gelegenheit die Aufmerksamkeit des Lesers auf die bereits von ihm in den Monatsheften der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte mitgetheilten Fälle zu lenken; in welchen nebst des Blutergusses in das Lumen des Darmcanals, derselbe auch in die

Follikeln statt gefunden hat. — Diese Fälle haben wohl nur ein pathologisches Interesse; das gleichzeitige Vorhandensein von ekchymotischen Knoten um die Ausmündung dürfte — obwohl nicht mit vollkommener Sicherheit — einen Anhaltspunkt bieten, diesen Bluterguss in die Darmfollikel schon im Leben zu diagnosticiren.

Die Gangrän — die IV. Krankheitsclasse — hat durch die Eintheilung in eine örtliche und allgemeine bedeutend an Klarheit gewonnen.

Der örtliche Brand kann

a) in Folge von Aetzung und Verbrennung,
b) „ „ „ lange andauerndem Drucke und
c) „ „ „ Arterienobliteration

zu Stande kommen. — Die Arterienobliteration muss hierbei eine vollständige sein, und keine Anastomose darf eine supplementäre Circulation unterhalten.

Die allgemeine Gangrän oder vielmehr die Gangrän aus allgemeiner Ursache, ist in einer Mischungsveränderung des Blutes begründet. — Nach Becquerel und Boudet ist Fibrinverminderung und Alkalienvermehrung des Blutes die Mischungsveränderung; Rilliet und Barthez neigen sich zu dieser Meinung, allein sie halten diese Annahme nicht für alle Fälle ausreichend. — Beispielsweise führen sie die Masern, die hämorrhagischen Blattern, den hämorrhagischen Typhus und die fieberlose Purpura an. In allen diesen Krankheitsformen ist eine Blutdefibrination zugegen, und dennoch ist es durch Zahlen zu constatiren, dass unter allen diesen Krankheiten bei Masern die Gangrän am häufigsten beobachtet wird. Sie glauben daher, dass vorzüglich durch zwei Einflüsse eine allgemeine Gangrän zu Stande kommt:

a) durch einen kachectischen Zustand und
b) durch einen eigenthümlichen durch gewisse Krankheiten, namentlich Masern, bedingten Zustand.

Der Mechanismus des Zustandekommens der Gangrän ist, auf Grund der Untersuchungen der Autoren — eine Obliteration der arteriellen Capillaren, mit weiterem Vorschreiten gegen die grösseren Arterien, und dann gegen die Venen hin.

Bei der Gangrän des Mundes — eine Arbeit, die den strengsten Anforderungen des wissenschaftlichen sowohl als praktischen Arztes entspricht — erwähnen die Autoren eines von Bouley und Caillault — von deren Arbeit über Gangrän sie häufig Gebrauch machen — hervorgehobenen Symptoms, des grauen Ringes (auch phagedänischer Ring genannt) der um den schwarzen Brandschorf läuft. Dieser Ring ist nach B. und C. identisch mit den gangränösen Geschwüren der Mundschleimhaut.

Die Angabe der Autoren: dass der Mundbrand am häufigsten zwischen das 3.—5. Lebensjahr fällt, wird durch 102 von Tourdes gesammelte Beobachtungen bestätigt.

Die V. Krankheitsgruppe — die Neurosen — ist, wie bereits Eingangs erwähnt, durch die Einreihung des Keuchhustens unter die acuten specifischen Allgemeinkrankheiten in ihrem Umfange vermindert; hingegen durch neue Beobachtungsfälle von essentieller Paralyse und gänzliche Umarbeitung des Stimmritzenkrampfes, theils bereichert, theils umgearbeitet.

Die Eintheilung der Neurosen ist in der neuen Auflage durch die Reduction der sechs Formen (siehe 2. Bd. p. 204, I. Auflage im Original) auf drei bedeutend vereinfacht, da unter den Convulsionen der Spasmus glottidis — auch innere Convulsion genannt — und die Contractur — oder tonische Convulsion — subsumirt werden.

Die Modificationen des Organismus, die die Neurosen veranlassen, sind als nervöse, rheumatische und kachectische Affection angegeben.

Bei der Eclampsie — clonische äussere Convulsionen, — sind die Arbeiten Duclos *(Etudes cliniques pour servir à l'histoire des convulsions de l'enfance, thèse 1847)* und Ozanam's *(Recherches cliniques sur l'eclampsie des enfants, archive de médecine. Avril, May et Juin 1850)* wiederholt angeführt.

Duclos glaubt, dass bei jeder Convulsion das Tonicitätsstadium dem Clonicitätsstadium vorausgehe; ferners, dass die unter *Asthma thymicum* beschriebene Krankheit eine Convulsion der Glottis und des Diaphragma sei, ferners dass eine tonische Convulsion des Zwerchfells kaum länger als 1—1½ Minute, ohne das Leben zu gefährden, dauern kann.

Ozanam bezeichnet das Coma nach Eclampsie als eine häufige Erscheinung, und macht auf die mit dem Coma einhergehende seltene, tiefe und seufzende In- und sehr protrahirte Exspiration aufmerksam; während die sympathischen Convulsionen nach O. nicht mit Coma endigen, und zu einer Zeit auftreten, wo die Hauptkrankheit sich durch einige Allgemeinerscheinungen kund gegeben hat.

Den Unterschied zwischen Eclampsie und Epilepsie stellt Ozanam folgender Art fest: bei Ersterer sind die Vorboten häufig, die clonische Form waltet vor, der Schaum vor dem Munde, die violette Gesichtsfarbe und das Schnarchen nach dem Anfalle fehlen.

Bezüglich dieser Differentialdiagnose verweisen die Autoren auf ihre in der I. Auflage abgegebene Meinung.

Bei dem Umstande, dass das V. Capitel über *asthma Kopii* oder *Spasmus glottidis* oder innere Convulsion gänzlich umgearbeitet ist, ist das in der II. Auflage darüber „neu Angegebene“ hier nicht wiederzugeben; den einen von Barthez an seinem eigenen Kinde beobachteten und ausführlich beschriebenen Fall wollen wir im Auszuge mittheilen, es wird selber den Standpunkt, von dem die Autoren bei dieser Krankheit ausgehen, zur Genüge kennzeichnen.

Die Symptome, die das Kind — bei normalem Geburtsverlaufe — gleich nach der Geburt darbot, waren:

„Auf das Gesicht und obere Extremitäten beschränkte Aufgedunsenheit und violette Färbung, Zunahme und Verschwinden dieser Erscheinungen je nach der Lage des Kindes; Stertor bei der In- und Exspiration, momentan aufgehobene Respiration, pfeifende Inspiration, Schluchzen und Convulsionen der Augen.“

Die zwei letzten Symptome, so wie die Apnöe ist Barthez geneigt auf einen *Spasmus glottidis* oder innere Convulsion zu beziehen, während die andern oben erwähnten Erscheinungen auf eine vergrösserte Thymus hindeuten; dass es die vergrösserte Thymus, und nicht die im Larynx und Trachea angesammelten Schleimmassen sind, die die violette Färbung und den Stertor erzeugten, wird durch die Lage — Rücken — in der dieselbe stets auftraten, constatirt. Ob der Stertor durch unmittelbare Compression des Larynx und Trachea, oder mittelbar nach geschehener Compression des *n. pneumogastricus* zu Stande gekommen, lässt sich schwer entscheiden, gewiss ist eben nur die Compression.

Barthez leugnet dem zufolge nicht die Existenz des *Asthma thymicum*, er warnt nur vor deren Verwechslung mit *Spasmus glottidis*; die erstere gehört dem Neugebornen an, während die letztere in einem Alter auftritt, wo alle Arten von Convulsionen vorkommen.

Ich will hier nur noch in Kürze die Erscheinungen des *Spasmus glottidis* wiedergeben, wie selbe aus der Differentialdiagnose der *Laryngitis spasmodica* und der Cyanose sich herausstellen.

Vollkommene Apyrexie und Intermission, Wiederholung der Anfälle, die einige Secunden bis eine Minute dauern, in sehr unbestimmten Zwischenräumen, anfangs selten, später Schlag auf Schlag. Contracturen oder Convulsionen sind vor, während oder nach dem Anfall fast constant

vorhanden, Husten keiner. Der Anfall besteht in einer oder mehreren gellenden, pfeifenden Inspirationen. Die Krankheit tritt meist mit der ersten Zahnung auf und kommt nicht nach dem 18. Lebensmonate vor. Die Krankheit ist eine chronische und oft tödtliche.

Die essentielle Paralyse, eine Krankheit, die in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich lenkt, ist durch Fälle von Rilliet beobachtet (mitgetheilt in der *gazette médicale* 1851), bereichert, ferners sind daselbst die Arbeiten Heine's und Charles West's berücksichtigt.

Bei der Chorea gehen die Autoren auf die Ansicht See's, der bei den meisten Neurosen, vorzüglich bei der Chorea ein häufiges Zusammentreffen mit Rheuma geltend macht, näher ein, sie leugnen nach ihrer Erfahrung diese Häufigkeit. Im Capitel der Contractur sind mehrere interessante Beobachtungen angeführt, von welchen ich den in einem Falle beobachteten 30maligen Rückfall einer intermittirenden Steifigkeit des Halses, und das Hervorbilden einer essentiellen Paralyse nach einer schmerzhaften Contractur in einem zweiten Falle hervorhebe.

Die Verfasser machen auch auf die leicht mögliche Verwechslung einer Contractur der Oberschenkelmuskel mit Coxalgie aufmerksam, und führen als charakteristisches Unterscheidungsmerkmal an, dass man bei ersterer mit dem Gliede jedwede normale Bewegung vornehmen kann.

Gegen die heftigen Schmerzen bei Contractur haben die Autoren Opium bis zu 2 Gran den Tag mit Erfolg angewendet, das *Subcarbonas ferri* in einem und das Zinkoxyd in einem zweiten Falle führten die Heilung herbei.

Die wichtige Krankheitsclasse der continuirlichen Fieber, in der II. Auflage unter „acute spezifische Allgemeinkrankheiten" abgehandelt, ist um eine Krankheitsform „die Parotitis" bereichert worden.

Die Parotitis wurde von den Autoren im Jahre 1848 und 1849 in Genf epidemisch beobachtet. — In der Mehrzahl der Fälle traten zuerst örtliche Erscheinungen auf, zu denen sich alsogleich, oder nach einigen Stunden allgemeine hinzugesellten.

Die Autoren unterscheiden drei Grade nach der Ausdehnung und Grösse der Geschwulst. Während der erste Grad kaum eine die Gesichtszüge entstellende, nicht grosse und auch nicht harte Geschwulst darstellt, ist selbe im 2. Grade vorspringender und härter, jedoch nicht ausgedehnter, während sie sich im 3. Grade über den Hals hinaus, auf die Brust etc. erstreckt. Vermöge der evidenten Aehnlichkeit der Parotitis mit den Eruptionsfiebern suchten die Autoren nach einem Exanthem an der Mundschleimhaut; allein vergebens, hingegen waren oft genug die Tonsillen gleichzeitig ergriffen. Die epidemisch herrschende Parotitis war anfangs eine ein-, später eine doppelseitige. Die Allgemeinerscheinungen bestanden in einem 24—48stündigen Fieber, hie und da war wiederholtes Erbrechen und Nasenbluten zugegen. Was Sitz und Natur dieser Krankheit anlangt, so neigen sich die Autoren zur allgemein herrschenden Meinung, die in dieser Krankheit eine Affection des Zellgewebes um die Ohrspeicheldrüse sieht, und in den Fällen, wo einige kleine Kerne vorhanden sind, eine Mitleidenschaft der Speichel- und Lymphdrüsen annimmt. Die Krankheit befällt nie Kinder vor dem zweiten Jahre, sie ist am häufigsten zwischen dem 5. und 15. Lebensjahre. Nach den Erfahrungen der Autoren kann die Parotitis contagios sein, und ihr Incubationsstadium kann 8—22 Tage dauern. Nach den Autoren befällt diese Krankheit ein und dasselbe Individuum nur ein Mal.

Der typhöse Process, der schon in der I. Auflage eine meisterhafte Detailschilderung erfuhr, und dessen Therapie wir unsern Beifall zollen müssen, ist in seiner Symptomengruppe um eine Erscheinung bereichert: die Neuralgien; diese sind während der Vorboten oder während der ersten 4—5 Tage der ausgesprochenen Krankheit beobachtet worden, bei

den meisten traten selbe am Halse und Nacken, bei den wenigsten an den Zwischenrippenräumen auf. — In einem Falle hielt der Schmerz, der besonders während der Fieberexacerbation sich steigerte, auch die ganze Krankheitsdauer an. — Das gegenseitige Verhältniss der Blattern und des Typhus anlangend, theilen die Autoren nach ihrer Erfahrung die Ansicht, dass sich Beide ergänzen, indem selbe unmittelbar hintereinander oder innerhalb mehrerer Jahre ein und dasselbe Individuum befallen.

Die acuten, contagiösen Exantheme, die Rilliet und Barthez unter den spezifischen Allgemeinkrankheiten abhandeln, sind vermöge ihrer Wichtigkeit und des grösseren Materiales, das den Autoren zu Gebote stand, in allen ihren einzelnen Abschnitten bis auf's Haarkleinste geschildert; Schilderungen, wie sie nur in wenigen speziellen Pathologien zu finden sind.

Die Variola, die in die *Variola vera*, *modificata* und *Varicella* als Gradunterschiede zerfällt, erfährt in den beiden ersten Graden eine weitere Eintheilung, nämlich in die normale und anomale Variola und in die normale und anomale Variola modificata.

Wenn die Unterabtheilungen einer Krankheit auf Grund des normalen und anomalen Verlaufes sehr wenig Werth haben, so verhält sich dies bei den acuten, contagiösen Exanthemen anders. Der Verlauf in der vorwiegenden Anzahl der contagiösen Exantheme ist so typisch, gewisse Erscheinungen sind an eine bestimmte Zeit der Art gebunden, dass die Abweichungen hievon mit Recht, sowohl vom theoretischen als praktischen Standpunkte anomal genannt werden können.

Um das Gesagte blos mit einem Beispiele zu beleuchten, erwähne ich hier nur das Fieber, welches nach dem Stadium der Eruption der Variola in den meisten Fällen nachlässt, um zur Zeit der Umwandlung der Knötchen zu Pusteln zu exacerbiren; dauert dies Fieber jedoch fortwährend an, oder steigert es sich sogar, bevor die Knötchen sich zu Pusteln umwandeln, so ist diese Erscheinung einzig und allein schon hinreichend, die Prognose der Krankheit zu ändern.

Wenn wir also dem Gesagten zufolge die Unterabtheilungen an dieser Stelle vollkommen gerechtfertigt finden, so müssen wir noch hinzufügen: dass die Autoren in der II. Auflage dieselben viel klarer und gedrängter hingestellt haben, als in der I. Auflage.

An der Stelle, wo die Autoren von der Complication der Variola handeln, legen sie der Haut- und Unterhaut-Zellgewebs-Entzündung, so wie der Entzündung der Gelenke folgende Bedeutung bei:

a) Die Abscesse sind local, in Folge der Intensität der subcutanen Anschwellung;

b) dieselben haben die Bedeutung kritischer Phänomene, sie sind eine Ergänzungsreinigung, die besonders auf der Körperoberfläche zu Stande kömmt; nebst den Abscessen gehören hierher die Furunkeln, die Gelenks-Suppurationen, und die pseudorheumatischen Arthritiden; endlich haben sie

c) die Bedeutung metastatischer Abscesse, in Folge einer Infection oder Eiterresorption.

Wir können der Annahme sub *b)* keineswegs beitreten, da sie nur geeignet ist, den Begriff Metastase, den die pathologische Anatomie genau präcisirt hat, zu verwirren. — Unter Metastase versteht man bekanntlich nicht nur ein aus dem Blute abgelagertes Product, das von einem Krankheitsheerde in dasselbe aufgenommen wurde, sondern auch die Ablagerung, die aus dem primär erkrankten Blute geschieht. Eines von Beiden kann bei der Variola, so wie allen Blutkrankheiten (abgesehen von den rein localen Abscessen, Gelenksentzündungen etc.) stattfinden; welchen Anhaltspunkt hat man nun, den einen Abscess für metastatisch, den

andern für einen Epurations-Abscess zu erklären? sintemal auch Epuration nichts anderes bedeuten kann, als dass das Blut sich der heterogenen Stoffe entledigt.

Diese Ansicht der Reinigung des Blutes entstammt der teleologischen Medizin, einer Medizin, welcher Forscher wie Rilliet und Barthez keineswegs das Wort reden dürften.

Dass wir dieser Epurationstheorie bei der Pneumonie, wie selbe während des Bestehens der Variola oder nach Ablauf derselben sich entwickelt, eben so wenig beipflichten, versteht sich von selbst.

Welchen Einfluss übt die Variola auf Krankheiten, wenn sie während deren Bestehen auftritt?

Nebst den bereits in der I. Auflage hierüber gegebenen sehr werthvollen Aufschlüssen, vorzüglich die Tuberculose anlangend, fügen die Verfasser hinzu, dass die Variola die Kinder für die Zukunft vor skrofulo-tuberculöser Erkrankung nicht schützt; ferners dass die Variola, nach den Beobachtungen Piet's, Guersant's und Blache's die Chorea steigert und sodann verschwinden macht.

In Bezug auf die vier von den Autoren formulirten Fragen: in welcher Weise die Vaccina die Variola beeinflusst? erfährt die dritte derselben:

„Welche Art von Variola befällt diejenigen Kinder, welche während der Incubation des Eruptionsfiebers vaccinirt werden?“
eine ausführliche Beantwortung, die ich im Auszuge hier mittheile:

1) Die Kuhpockenefflorescenzen erscheinen bei einem im Incubationsstadium der Blattern geimpften Kinde früher, als die Blatternefflorescenzen, die Variola wird ferners häufig zur *modificata*.

2) Nimmt die durch Kuhpockenimpfung modificirte Variola einen gefährlichen Charakter an, so ist dies dem früheren Gesundheitszustande, in Verbindung mit dem zarten Alter zuzuschreiben; in einem solchen Falle ist die Variola eine zwei Krankheiten — i. e. Variola und präexistirendes Leiden — complicirende; sie übt also deshalb einen ungünstigen Einfluss.

Unter den Abortivmitteln der Variolapusteln ist die Jodtinctur angeführt, deren einmalige tägliche Einpinselung durch 5—6 Tage vom Beginne der Eruption an den gewünschten Erfolg hat.

Im Studium des Scharlachs ist die seit der Zeit des ersten Erscheinens dieses Werkes vielfach discutirte *Encephalopathia albuminorrhoica* — auf deren Studium die Autoren wiederholt in periodischen Zeitschriften aufmerksam machten — vortrefflich erörtert.

Dort, wo von der Scarlatina ohne Exanthem die Rede ist, führen die Autoren die Bemerkung Noriot's an, der einen Antagonismus zwischen der Hauteruption und der Angina annimmt, und der bei der anginösen Varietät der Krankheit das Exanthem fehlen sah.

Wenn Referent die Ansicht Noriot's richtig aufgefasst hat, so besteht dieselbe in Folgendem:

a) Je heftiger die Angina, desto geringer das Exanthem und *vice versa* und

b) es giebt einen Scharlach mit Angina ohne jedwedes Exanthem.

Die Annahme *ad a)* dürfte nach meiner Erfahrung nur als Ausnahme gelten, denn der Regel nach steht das Exanthem mit der Angina im geraden Verhältnisse; was den Punkt *b)* betrifft, soll die Annahme einer *Angina scarlatinosa* auf solche Fälle beschränkt werden, wo ein an Angina (von heftigem continuirlichen Fieber begleitet) leidendes Individuum dem Scharlach contagium ausgesetzt war; noch mehr Berechtigung hat die Diagnose: „Scharlach ohne Exanthem“ dann, wenn nach der Angina *morbus Brightii* folgt.

Die Möglichkeit der Verwechslung des Scharlachs mit *Sudoraleruptionen*, auf welche die Autoren aufmerksam machen (bei Säuglingen und zahnenden Kindern), dürfte nicht leicht sein, da die Erscheinungen des Scharlachs: Angina, Fieber etc., sehr prägnant sind, und selbe bei den *Sudoraleruptionen* nie gleichzeitig vorhanden sind.

In manchen Scharlachepidemien (Greifswald) gesellt sich zur Angina eine Anschwellung der Kiefer- und Nackengegend. Diese unter dem Namen „Parotitis" beschriebene Krankheit ist von Dr. Vose genauer untersucht worden; er gelangte zu folgenden Resultaten:

1) Die Speicheldrüsen nehmen keineswegs Theil an der Krankheit.

2) Bei kurzem Bestehen wird das Zellgewebe, später die Muskeln und zuletzt die Drüsen angegriffen.

3) Die Krankheit ist entzündlicher Natur.

Wir haben bereits oben der *Encephalopathia albuminorrhoica* gedacht, wir müssen jedoch vor Abschluss dieses Capitels noch einmal darauf zurückkommen. Diese Erscheinung dürfte nach der Ansicht der Autoren in zwei verschiedenen Ursachen begründet sein:

a) In einem serösen Ergusse,

b) in einer Intoxication des Central - Nervensystems durch das veränderte Blut.

Der seröse Erguss in das Gehirn ist zu vermuthen bei der acuten oder subacuten Albuminurrhie mit Hydrops; die Intoxication bei längerem Bestehen der Nierenaffection.

Diese genauere Differenzirung des ätiologischen Moments hat nebst der wissenschaftlichen auch eine praktische Wichtigkeit, denn die Erfahrung hat bestätigt, dass bei serösem Ergusse entzündungswidrige, bei der Intoxication kräftig revulsivische, tonische, oder flüchtig reizende Mittel (bei der comatösen Form), oder beruhigende (bei der delirirenden Form) vom Nutzen sind.

Die Masern sind um mehrere für die Praxis wichtige Facta bereichert. Die Autoren gedenken zuerst der Confluenz der Flecke, die den Arzt beirren kann, wenn er nicht die Vorboten beobachtet hat, und auf die begleitenden Symptome weniger Rücksicht nimmt; die Autoren weisen ferners, auf Grund einschlägiger Beobachtungen nach, dass die im Beginn der Masern auftretenden heftigen Complicationen die Hauteffloreszenzen gänzlich hintanhalten können; nicht minder wichtig ist der Nachweis, den die Autoren liefern, welche Umstände vorwiegend die die Masern so häufig complicirende Bronchopmeumonie zur Entwickelung gelangen lassen.

Diese Umstände sind:

a) Alter,

b) Sociale Stellung,

c) Stadium der Epidemie.

Ad a) Die Bronchopneumonie ist häufiger vor dem 5. Lebensjahre, als nach demselben.

Ad b) Kinder armer Leute werden häufiger davon ergriffen, als die reicher Leute.

Ad c) Im Höhenpunkte der Epidemie ist sie häufiger, als im Beginn oder am Ende derselben.

Die in der Civilpraxis seltene Complication der Pharyngo-Laryngitis, wurde von den Autoren während der Epidemie von 1848 und 1849 zu Genf und Paris unter den Erscheinungen der secundären *Laryngitis pseudomembranosa* mit tödtlichem Ausgange beobachtet.

Ferners wird in der neuen Auflage der Nephritis (in zwei Fällen) und der *Ischuria renalis* (in einem Falle) als Complication der Masern gedacht.

Der praktischen Wichtigkeit wegen geben wir hier den Fall d
Ischuria renalis wieder:

Ein dreijähriger robuster Knabe ward am 10. Tage nach Beginn d normal verlaufenen Masern — plötzlich vom heftigen Fieber, grosser Ang ohne Delirien befallen. Die Respiration war nicht beschleunigt, das Ki: klagte über ziemlich heftige Unterleibsschmerzen, Stuhl hartnäckig ang halten, der Urin sparsam, jumentös, dessen Entleerung sel erschwert, manchmal innerhalb 18—20 Stunden kein entleert, innerhalb 24 Stunden kaum 2 Suppenlöffel vo.

Am 6. Tage nach dem Auftreten dieser Symptome hat Rilliet d Kind das erste Mal gesehen. Nebst den Erscheinungen des Fiebers w die Einziehung und Schmerzhaftigkeit des Unterleibs gleich wie bei Bl kolik zu bemerken. Trotzdem durch 24 Stunden kein Urin gelassen wur war die Harnblase nicht ausgedehnt.

Ordination: 3 Dosen Calomel jede zu 3 Gran, Bad. Cataplasmen a den Unterleib.

Es erfolgten drei Stuhlentleerungen, die folgende Nacht schlafl unruhig.

Am 7. Tage *status quo* bis am Abend, wo $^3/_4$ eines Glases vo sedimentösen aber nicht albuminhaltigen Harns entlee wurde.

Den Tag über wurde gebraucht: Cataplasmen mit *Oleum camphoratu* innerlich *Mixtura oleosa ℥ VI. Tinct. aconiti et digit.* aa. gr. XXIV und 2 Bäd

Am 8. Tage *status idem*, Therapie dieselbe, am Abend ward eben viel Urin entleert wie gestern.

Von 9. bis 15. Tage schritt bei der letztangegebenen Behandlung d Besserung beständig vorwärts, und das Kind genas.

Die während der Vorboten und der Convalescenz beobachteten Fä von Neuralgie (Rilliet) am Unterleibe und im Niveau der falschen Ri pen wichen in einem Falle den Cataplasmen, im zweiten Falle dem äu serlichen Gebrauche des Chinins.

Der Einfluss der Masern auf vorhandene chronische Hautkrankheit ist nach den Erfahrungen der Autoren, ferner Roger's, Alibert's u Guersant's etc. etc., bald vollständig bald vorübergehende Heilu der letzeren.

Der Keuchhusten — ein den Masern analoger Process mit gleichzeil nervöser Affection — wurde wie schon wiederholt erwähnt, anstatt w früher unter die Neurosen nunmehr unter die spezifischen Allgemei krankheiten eingereiht. Schon in der I. Auflage sprechen sich die Autor für die Verwandtschaft der Masern mit dem Keuchhusten deutlich u klar aus. Dieser Ansicht werden sie durch die veränderte Einreihu der Krankheit nunmehr ganz gerecht.

Die durch Beobachtung constatirte Thatsache, dass Masern — u Keuchhusten-Epidemie gleichzeitig vorkommt, ferners das nicht mind wichtige Factum, dass zwischen diesen acuten Krankheiten kein Antag nismus obwaltet, dass diese Krankheit in der Regel nicht recidivirt, da ferners die intercurrirenden Krankheiten auf den Keuchhusten einen m dernden Einfluss nur in so lange ausüben, in so lange selbe bestehe sind für den praktischen Arzt so wichtig, dass man selbe nicht oft gen wiederholen kann.

Die Schwierigkeit der Diagnose zwischen Keuchhusten (wo gleich i Beginne eine heftige Bronchien-Lungencomplication sich entwickelt ha und einer acuten Bronchitis mit Hustenparoxysmen kann nach der A sicht der Autoren nur durch die Aetiologie und Antecedentien (ob d Kranke schon an Keuchhusten gelitten, da Recidiven wie oben gesagt] der Regel nicht vorkommen), gehoben werden.

In der letzten Krankheitsclasse der Tuberculose verfechten die Autoren wie früher die Ansicht der Identität der Tuberculose mit der Skrofulose. Abgesehen von dem praktischen Standpunkte, ist die wissenschaftliche Beweisführung der Autoren eine durch und durch gediegene.

Die streng logische Induction gepaart mit exacter Beobachtung, Forschung und kritischer Sichtung der gegentheiligen Meinung, erheben ihre Ansicht zu einer unumstösslichen Wahrheit.

Das Materiale ist in der neuen Auflage systematischer aneinander gereiht, die Eintheilung des Afterproductes ist jedoch unverändert beibehalten. Wir halten diese Eintheilung für viel zu complicirt und glauben, dass anstatt der Eintheilung des isolirten Tuberkels: in gelbe Granulationen, Tuberkelstaub und Miliartuberkel der Beschreibung zu Folge ganz einfach Rokitansky's disseminirter gelber Tuberkel angenommen werden könnte, da diese drei verschiedenen Benennungen nur die Bedeutung der Grösse-Differenzen haben.

Die *Meningitis tuberculosa,* deren „Vorboten" in der I. Auflage nur hie und da angedeutet werden, weist in diesem Abschnitte eine bedeutende Bereicherung — die auf sehr scharfe Beobachtung basirt ist — auf; es war jedoch Referent unmöglich, denselben auszugsweise hier wieder zu geben.

Die Diagnose dieser Krankheit ist nach einzelnen Stadien abgehandelt und in jedem derselben die möglichen Krankheitsformen, mit denen sie verwechselt werden kann, einzeln angeführt.

So ist im ersten Stadium eine Verwechslung mit:

Status gastricus.
Apyretischer Leberentzündung.
Helminthiasis.
Erschwertem Zahnen.
Typhösem Fieber; im II. und III. Stadium
mit: *Meningitis simplex* und
Enkephalopathien ohne nachweisbare pathologische Veränderung möglich.

Aus dem Capitel der „Prognose" dieser wie sub Punct 1 gesagt wird, „dem Gesetze aller tuberculösen Affectionen folgenden i. e. meist tödtlichen Krankheit," möchte ich nur noch folgendes hervorheben.

Punct 3—7 lautet dahin, dass Fälle vom Verschwinden der Symptome der Meningitis aus der Literatur bekannt sind, dass eine Genesung nach 7—8tägiger Dauer nach mehrmaliger Besserung und Verschlimmerung erfolgt und dass dies nach mehrwöchentlicher Dauer, wo bereits das III. Stadium zugegen, äusserst selten ist etc. — Referent ist bereits zwei Mal bei einem und demselben Falle in der Lage gewesen, die Wahrheit dieses Ausspruches in so weit constatiren zu können, in so weit sich eben ein Arzt, der die *Meningitis tuberculosa* häufig beobachtet hat, diese Diagnose zu stellen sich erlaubt, wenn auch dieselbe durch die Obduction nicht constatirt wurde.

Punct 8—13. Die Genesung kann mehrere Jahre dauern, eine Recidive, in grösseren Zwischenräumen 1—5 ½ Jahre ist möglich. In dem oben von mir erwähnten Falle trat die Recidive nach ½ Jahre auf.

Das in der I. Auflage vorgeschlagene Jod hat sich als erfolglos bewiesen. Vom *Kali sulfuratum* hatten die Autoren in einem Falle von 6 bis 10 gr. pro die, am 9. Tage der Krankheit gereicht, Erfolg, in einem II. Falle erst am 13. Tage der Krankheit gereicht, war es erfolglos.

Die Versuche des Referenten mit diesem Mittel sind noch viel zu gering, als dass er sich erlauben könnte ein Urtheil abzugeben. Die Gehirntuberculose — auf deren mögliche Verwechslung mit Migräne die Autoren aufmerksam machen — ist in der neuen Auflage gesondert abgehandelt.

Unter den Erscheinungen der Bronchialdrüsen - Tuberculose ist der schnarrende Stertor und das feuchte Trachealrasseln, denen d Autoren einen besonderen Werth beilegen, und ursächlich zu begründ sachen. Der schnarrende Stertor ist nach ihnen durch die Compressi der Trachea, das feuchte Trachealrasseln durch die Compression des *nerv vagus* bedingt.

Bei der Therapie der Bronchialdrüsen-Tuberculose, oder vielmehr d Asthma in Folge der letzteren erwähnen die Autoren des Kaltwasserg brauches, von dem sie in einem Falle guten Erfolg sahen. Eine kurze Sch derung des Falles von Rilliet dürfte dem Praktiker von Nutzen sein.

Ein 10jähriges Mädchen leidet seit mehreren Jahren an Anschwellu der Halsdrüsen, die zu dieser Zeit sehr zunimmt und im Liegen Oppressi erzeugt, das Allgemeinbefinden gut. Die Percussion gibt am obern Dri theil des Sternums matte Percussion, die Auscultation ergab negati Resultate.

Verordnung *Kali hydrojod,* Nussblätterthee und Wasser von Challe

Nach einmonatlicher erfolgloser Behandlung trat plötzlich hefti Dyspnoë auf, wobei Patientin das Gefühl des Zusammenschnürens i Niveau des Larynx hatte, das Gesicht ward todtenbleich und es droh Erstickung. Diese Anfälle wiederholten sich in den folgenden Tage Fünf Tage später trat Dysphagie auf, die jede Mühe einen Löffel Sup zu verschlucken, vergebens machte; an den Tonsillen, im Pharynx u Larynx und Lungen war nichts zu finden. Die Dysphagie dauerte mehre Wochen und nahm allmälig an Intensität ab, bis zum gänzlichen V schwinden, die asthmatischen Anfälle blieben sich gleich, und traten n in grösseren Zwischenräumen auf. Die Cervicaldrüsen vereiterten, w durch die Geschwulst verschwand.

Im 14. Lebensjahre wurden die asthmatischen Anfälle immer häufig und anhaltend. Die abgemagerte und elend aussehende Patientin hü das Bett seit einem Jahre, und beobachtet im wachen Zustand eine sitzen Stellung mit gebeugten angezogenen Oberschenkeln, mit um die Knie g schlungenen Armen und daselbst gestütztem Kinne. Tiefe ängstliche Ins ration mit weit geöffnetem Munde und vorgestreckter Zunge, spasm dische Contraction der Rumpfmuskel. Im Schlaf, wo die Kranke d Rückenlage einnimmt, wird die Respiration normal. Bei der Auscultati hört man, dass die Luft bald in die Brust eindringt, bald nicht. D Respirationsgeräusch ist nicht verändert. Das Herz normal, Drüsena schwellung keine.

Die Cur in der Kaltwasseranstalt bestand in den ersten 14 Tagen kalten Einpackungen durch ¼ Stunde und darauf kalte Begiessunge ferners zwei Sitzbäder in fliessendem Wasser von 6° C. fünf Minuten lan Nach 14 Tagen kam noch Strahl- und Regendouche auf den ganz Körper und auf die Sternalgegend ein trocknes nasses Tuch, das 5—6 M des Tags erneuert wird. Nach einer einmonatlichen Behandlung trat m mentane Besserung ein. Hierauf ward folgende hydrotherapeutische I handlung eingeleitet.

Morgens: Einwicklung in ein nasses Tuch, dann Regendouche.
Um 11 Uhr Perinæaldouche 5 Minuten lang;
„ 11½ „ kaltes Fussbad 3 „ „
„ 5 „ wie um 11 Uhr.
Kalter Umschlag auf das Sternum fortgesetzt.
Animalische Kost und *Ferrum lacticum* innerlich.

Nach einer 6monatlichen Behandlung sind fast alle beunruhigend Symptome verschwunden. Eine etwas längere Inspiration war das ei zige Zeichen, welches an die oben beschriebene Dyspnoë erinnerte,

Bis Mitte des kommenden Sommers blieb das Befinden gut, dann plötzlicher Anfall von Dyspnoë und Anschwellung der Halsdrüsen. Sofort begann die Kaltwasserbehandlung wieder.

Bei der *Peritonitis tuberculosa* erwähnen die Autoren des *Deutojoduretum hydrargyri*, das Rilliet bei einem Erwachsenen 8 Gran auf 1 ℥ Fett mit Erfolg anwendete, bei einem Kinde dürfte die Dose höchstens 2 Gran sein. — Einreibungen einer Salbe von *Kali hydrojodicum* und innerlich *Hydrargyrum* mit *Creta* (wo Neigung zur Verstopfung vorhanden war), ferners in einigen Fällen das Goldoxyd auf der Zunge eingerieben, haben den Verlauf der tuberculosen Peritonitis retardirt.

Den Schluss des Werkes bilden die Entozoën. Wir haben an der Stelle, wo wir gegen den weiten Spielraum ankämpften, den die Autoren den Diathesen einräumen, auch der Wurmdiathese gedacht, zu deren Annahme sich die Autoren hinneigen, und die sie mit der catarrhalischen Diathese identificiren. Es wird wohl Niemand unter den Lesern glauben, dass wir den Autoren eine Meinung zumuthen, dass die Würmer in demselben Verhältnisse zum Blute stehen, wie dies nach ihnen beim Catarrh der Fall ist; die Diathese tritt bei der Wurmkrankheit nur vermittelnd auf, und wenn die Autoren über diesen Punkt nicht hinausgegangen wären, so hätten sie sich auf dem Gebiete der Thatsachen bewegt.

Es ist nach den Forschungen, die in neuerer Zeit über die Entwicklung der Helminthen im menschlichen und thierischen Organismus gemacht wurden, bis zur Evidenz erwiesen, dass die Entozoën von Aussen in den Körper gebracht werden, und dass dieselben in dem Körper sich weiter entwickeln. Wenn der Schleim in den Gedärmen einen günstigen Boden hiezu bietet, so dürfte dies nur eine der günstigen Bedingungen sein. — Diese Bedingung als Diathese betrachten heisst die Aetiologie der Würmer verkennen, und Nebendinge zur Hauptsache stempeln.

Nebst den in der I. Auflage erwähnten Erscheinungen der Helminthiase führen die Autoren die Amaurose (nach Mondière), die Aphonie und Catalepsie, ferners das intermittirende Fieber (nach Cromelinck) an.

Wir glauben durch die sorgfältige Sichtung und gewissenhafte Registrirung der wirklichen Fortschritte der neuen Auflage dieses Werkes den Werth einer Arbeit — unstreitig die beste in der Literatur der Pädiatrik — gewürdigt zu haben; eine Arbeit, die für den Mann der Wissenschaft sowohl, als für den Praktiker höchst werthvoll und nützlich genannt werden kann. Wir haben dort, wo wir die theoretische oder praktische Ansicht der Autoren nicht theilen konnten, unsere abweichende Meinung zu motiviren gesucht; einem Theile des Werkes — der Therapie — dem man mit Argumenten *a priori* eben so wenig, als mit genau erhärteten Thatsachen entgegentreten kann, halten wir das therapeutische Verfahren der Wiener Schule entgegen, dessen Resultate von denen der Autoren kaum abweichen dürften.

Eine III. Auflage dieses Werkes — deren Erscheinen nicht zu bezweifeln ist — dürfte nebst den Bereicherungen, die ich einzeln angeführt, und nebst denen, die das Capitel „der Geschichte der wichtigsten Krankheiten“ aufweist, auch eine bedeutende Vereinfachung der Therapie — gegründet auf therapeutische Experimente — und eine Reducirung der Blutkrasen gewärtigen lassen.

Bei einer so werthvollen und umfangreichen Arbeit müssen wir auch des thätigen und getreuen Uebersetzers Dr. med. E. R. Hagen mit Dank erwähnen.

Abdruck

aus dem medicinischen Correspondenzblatt des würtembergis(
ärztlichen Vereins Nr. 15 vom 21. April 1857 *).

Im Jahre 1840 erschien von dem Unterzeichneten ein Schrift unter dem Titel: „**Beobachtungen über Lähmungs-Zustände unteren Extremitäten und deren Behandlung**, mit 7 St drucktafeln. Stuttgart bei Köhler 1840", welches eine bi hin noch wenig beachtete Form von Paralyse bei Kindern zum Ge stand hat. Dieser Abhandlung wurde von verschiedenen Aerzten besor Aufmerksamkeit zu Theil; in den letzten Jahren, namentlich von R berg in seinem „Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen", chenne in seiner Schrift über „*l'électrisation localisée*", Wachsmut „Henle und Pfeufer's Journal", 7. Band, I. und II. Heft. In ausführli Weise aber erwähnt derselben Rilliet in der „*Gazette médicale*", N des Jahres 1851 (übersetzt im Journal für Kinderkrankheiten von E rend und Hildebrand, 8. Band Seite 50), sowie in dem „Hand für Kinderkrankheiten" von Barthez und Rilliet, in welchem W Beide mir die Priorität zuerkennen.

Leider musste ich aber damals eine wesentliche Lücke unausge lassen; es fehlten mir nämlich positive Angaben über das patholog anatomische Verhalten des Centralnervensystems der genannten mungszustände. Nach dem Erscheinen meiner Schrift wurden auch Andern ähnliche Fälle bekannt gemacht, und ich selbst habe sei 137 weitere Patienten mit lähmungsartigen Zuständen in meiner An behandelt, allein die pathologische Anatomie dieser Lähmungsforı bis heute unaufgeklärt geblieben, und sind meines Wissens keine Sect Resultate veröffentlicht worden, wozu es auch mir an Gelegenheit fe Aus diesem Grunde erlaube ich mir nun an meine geehrten Herren C gen im Interesse der Wissenschaft die Frage zu stellen: ob nich Eine oder der Andere sich in der Lage befand, von der in meinei handlung beschriebenen *Paralysis infantilis* eine Section zu machen, im bejahenden Falle möchte ich die freundliche Bitte damit verbiı die Ergebnisse derselben zu veröffentlichen, oder mir direct gütige kommen lassen zu wollen, um sie zu einer weiteren Arbeit benütze können.

Die der fraglichen Krankheit zustehenden Erscheinungen sind iı drängter Zusammenstellung folgende:

Gesund und gerade geborene Kinder im Alter von 6—36 Mon ausnahmsweise etwas darüber, erkranken, nachdem sie bis dahin wohl waren, entweder mit oder ohne vorhergegangene Andeutunger Hitze, congestionellen und irritativen Zuständen, Fieber, viel Schr und da, wo erschwertes Zahnen in Verbindung steht, mit den wei Erscheinungen desselben, sowie auch zuweilen unter den Symptomen gestörtem Verlauf acuter, exanthematischer Krankheitsprozesse. hierauf brechen Convulsionen leichteren oder stärkeren Grades aus sich in kürzeren oder längeren Intervallen wiederholen. In anderen len tritt die Krankheit ohne die angeführten Symptome plötzlich

---

*) Die Redaction des Jahrbuches wurde um Aufnahme obigen Abdruckes angegangen entsprach diesem Wunsche um so bereitwilliger, als es sich hier um Beiträge zu klärung eines Gegenstandes handelt, welcher jeden Pädiatriker im hohen Gra teressiren muss, und für deren Veröffentlichung eben so bereitwillig die Spalten res Jahrbuches offen stehen werden. Die Red.

Convulsionen, Schäumen vor dem Mund und Nase, Blauwerden etc. auf. Manchmal fehlen indessen auch diese Erscheinungen, oder sind nur im geringen Grade vorhanden, und die Lähmung stellt sich gleichsam über Nacht ein. Nachdem die Krankheit bald kürzer, bald länger, heftiger oder milder, mit oder ohne Convulsionen verlaufen ist, tritt ein Nachlass der Symptome ein; das Kind, das manchmal in höchster Lebensgefahr schwebte, liegt ruhig, blass und abgemattet da, schlägt die Augen auf und sieht um sich, als wenn es von einem tiefen Schlafe erwacht wäre. Schon geben sich die Eltern der frohen Hoffnung der Wiedergenesung ihres Kindes hin, als sie mit Schrecken bemerken, dass eine oder beide unteren Extremitäten gelähmt sind. Zuweilen erfährt auch der ganze Oberkörper eine paralytische Schwäche, so dass das Kind nicht einmal mehr aufrecht zu sitzen vermag, was aber meist nur vorübergehend ist. Diese Paralyse ist indessen keine vollständige, denn die kleinen Patienten sind noch im Stande die afficirten Beine, vorzugsweise die Oberschenkel, im Liegen etwas an sich zu ziehen und wieder — jedoch etwas erschwerter — zu strecken, und zeigt sich die Empfindung wohl etwas vermindert, aber nicht bleibend verloren. Im Allgemeinen ist es constante Thatsache, dass diejenigen Muskeln, welche vom Becken zu den Oberschenkeln gehen, noch die meiste Bewegungsfähigkeit retteten; während diese dagegen in demselben Verhältniss vermindert ist, als die Muskeln nach unten an den Extremitäten liegen, und die Füsse keiner oder nur ganz geringer spontaner Bewegung fähig sind. Die normale Temperatur der afficirten Gliedmassen sinkt bald nach dem primären Anfall immer tiefer; die Beine, besonders die Unterschenkel, werden kalt und bläulich, und der aufgesetzte Réaumur-Thermometer sinkt zuweilen bis zu 14° herunter. Während mit der Zunahme an Jahren die paralytischen Extremitäten ihr Wachsthum in die Länge ziemlich regelmässig fortsetzen, nimmt dagegen die Atrophie derselben immer mehr zu, und bilden sich allmälig, je nachdem die Kinder mehr oder weniger auf Händen und Füssen herumrutschen, und die Beine in gebogene Richtung bringen, in diesen Fällen eigenthümliche, oft wahrhaft grässliche Deformationen, so dass man nicht selten alle Arten von Verkrümmungsformen der Gliedmassen, wie Varus, Valgus, Pes equinus, Pes calcaneus, Contracturen im Knie- und Hüftgelenk bei einem und demselben Patienten antrifft, wie dies auch auf den, obiger Schrift beigegebenen Zeichnungen ersichtlich ist.

Von diesen — von mir spinale genannten — Lähmungszuständen unterscheiden sich die gleichfalls im Kindesalter vorkommenden, auf Gehirn-Affectionen beruhenden Paralysen leicht, wenn man bei der Diagnose die nöthige Rücksicht auf Art und Weise der Entstehung, des Verlaufs und Ausgangs derselben, sowie auf Beschaffenheit der paralytischen Gliedmassen nimmt. Bei jenen sind die unteren Extremitäten ohne gleichzeitige, dauernde Paralyse der oberen, bei diesen cerebralen Lähmungen in der Regel Arm und Fuss einer Seite zugleich gelähmt und contrahirt. Dort findet man ungetrübte Geistes- und Sinnesfunction, hier im Gegentheil mehr oder weniger simpelhaftes Aussehen, unvollständiges Sprachvermögen, unfreiwilligen Speichelausfluss, verminderte Hör- und Sehkraft der afficirten Seite, Flimmern vor dem Auge, Schielen, andauernde Kopfschmerzen. Dort bedeutende Atrophie und Kälte der paralysirten Glieder, hier keines von beiden oder nur geringere Grade. Dort endlich grosse Relaxation der Beine, hier dagegen grosse Steifheit und spastische Beschaffenheit der Muskeln und Sehnen. Eine Verwechslung mit der *Kyphosis paralytica* und etwa sonstigen Lähmungsformen ist ohnedies nicht möglich.

Cannstatt, den 6. April 1857.

Dr. v. Heine, Hofrath.

Inhalt.



Jahrbuch

für

Kinderheilkund

und

physische Erziehung.

III. Heft.

Dr. Fr. Mayr,
Primararzt des St. Josef-Kinderspitales in Wien,
Haupt-Redacteur.

Dr. L. M. Politzer,
Director des ersten öffentlichen Kinder-
Krankeninstitutes.

Dr. M. Schuller,
emer. Secundararzt der Wiener
Findel-Anstalt.

Mitredacteure.

Wien, 1858.

Druck und Verlag der typografisch-literarisch-artistischen Anst
(L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.)

Original-Aufsätze.

Ideen zur Anbahnung einer wissenschaftlichen Diätetik und physischen Erziehung des Kindes *).

Von Dr. **L. M. Politzer**,
Director des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstituts in Wien.

I.

Bedürfniss einer wissenschaftlichen Diätetik.

Eine wissenschaftliche Diätetik und physische Erziehung, d. h. eine auf die exakte Einsicht in die Bedingungen der normalen Entwicklung des kindlichen Organismus gegründete Lehre derselben, bildet eine tiefe Lücke in unserem Wissen vom Kinde. Was bis jetzt im Gebiete der Kinder-Diätetik geboten ward, bildete strenge genommen, ein empyrisches Material, das, so reichhaltig und brauchbar es sei, einer wissenschaftlichen Verarbeitung bedarf, wenn ihm ein positiver Werth zugesprochen werden soll. Bislang für Laien zumeist geschrieben und nicht für Aerzte berechnet, konnte und brauchte sie nicht Anforderungen zu genügen, welche die Wissenschaft an die Diätetik des Kindes stellt. Jede Diätetik beruft sich auf die Erfahrung. In wie weit diese zureichend sei, beweisen die einander

*) Mit diesen Zeilen sollte nicht mehr als die erste Anregung zu Arbeiten in einem bisher völlig brach liegenden Gebiete gegeben, es sollte ein erster Schritt zur Anbahnung einer wissenschaftlichen Diätetik des Kindes versucht werden. In dem Bewusstsein nichts Positives noch bieten zu können, hat der Verfasser wenigstens die Mittel und Wege zur Sprache bringen wollen, die zur Erlangung positiver und exakter Grundlagen in diesem Gebiete, für die Zukunft, führen können. Die Kräfte des Einzelnen, namentlich des praktischen Pädiatrikers oder Diätetikers, können bei einer Arbeit nicht anders als unzulänglich erscheinen, welche die Kräfte Vieler und die exakte Kenntniss physiologischer und chemischer Untersuchungen fordert, um im Entferntesten nur bewältigt zu werden. Hier sollten nur Ideen zu einer solchen Arbeit, das klaffende Bedürfniss derselben bloss ausgesprochen werden, um berufene Kräfte zur Untersuchung eines Gegenstandes anzuregen, welcher einerseits das tiefste wissenschaftliche Interesse für sich in Anspruch nimmt, anderseits die höchste Bedeutung für das Leben und die Gesellschaft hat. Dies mag den gegenwärtigen Artikel einigermassen rechtfertigen und ihn mit Nachsicht ansehen lassen. Es sei noch bemerkt, dass diese Zeilen sich zunächst auf jenen Theil der Diätetik des Kindes beschränken, welche die Ernährung des Kindes umfasst, weil derselbe den Kernpunkt seiner Diätetik ausmacht und mehr als irgend ein Punkt der letztern, eine Lebensfrage für das Kind bildet.

widersprechenden Lehren, die allesammt, mit der gleichen Berufung an die Erfahrung, sich entgegentreten. Manche von ihnen zwar, im dunklen Gefühl der Unzulänglichkeit dieses Schiboleths der Erfahrung, und in dem Drange, dieser, durch Gründe einen Halt zu geben, glauben viel gethan zu haben, wenn sie ihren Lehren die Analyse der Frauenmilch und anderer Milcharten und eine oberflächliche und ganz allgemeine Vorstellung des Kauapparats und der Verdauungsorgane des Kindes zu Grunde legen. Den Widersprüchen in den Lehren, und dem Mangel einer streng wissenschaftlichen Basis, folgten auf dem Fusse die traurigen Konsequenzen in der Praxis. Der ungeheuren Sterblichkeit im Kindesalter nicht zu gedenken, die gewiss kein Nüchterner als ein Postulat der physiologischen Natur des Kindes auslegen wird, ist es vorzüglich das Heer der Konstitutionserkrankungen in diesem Alter und die Masse der bei den Laien herrschenden Irrthümer und Vorurtheile, die uns zeigen, wie wenig jene Lehren in's Volk gedrungen und wie es überhaupt mit der praktischen Seite der Diätetik bestellt ist. Solches Schwanken, solche Widersprüche in den Lehrsätzen der Kinder-Diätetiken und solche Thatsachen im Leben wären aber nicht möglich, wenn auf dem Wege wissenschaftlich gewonnener Grundlagen, die wahren, unumstösslichen und eine Dissension der Meinungen abhaltenden Gesetze der Diätetik nnd physischen Erziehung gefunden wären Dass aber die normale Entwicklung des kindlichen Organismus einem bestimmten Gesetze und bindenden Bedingungen gehorche, lässt sich nicht bezweifeln. Das Walten eines solchen Gesetzes bekundet schon die gesetzmässig konstante Beziehung, die zwischen der bestimmten Proportion der Bestandtheile der Muttermilch und dem altergemäss steigenden Bedürfniss des Säuglings beim Menschen sowohl als in der Gesammtreihe der Säugethiere hervortritt. Wir werden auf die Darstellung dieser Beziehung weiter unten zurückkommen.

Diese Beziehung aber vorläufig zugestanden, sieht man sich zu der Induktion gezwungen: dass hier nichts Zufälliges im Spiele sei, sondern dass die Ernährung und Entwicklung des Kindes ein bestimmtes Gesetz beherrsche. Herrscht hier aber ein Gesetz in dieser Beziehung der Nahrung zur Ernährung, so ist es Aufgabe der Wissenschaft, dieses Gesetz zu erforschen und dasselbe, für die Lehren der Diätetik, zur Geltung zu bringen. Dass dies bis jetzt nicht durchgreifend geschah, beweist nicht nur der erwähnte Mangel einer wissenschaftlich begründeten Norm der Ernährung des Kindes, sondern die von mancher gewichtigen Seite aufgestellte gegentheilige Behauptung: dass alle derartigen Bestrebungen in der Diätetik werthlos und überflüssig seien. Die so sprechen, suchen dies damit zu begründen:

dass der Organismus — durch die festen typischen Verhält
Stoffwechsels, vermöge welcher er, bei den verschied
und einander entgegengesetztesten Nahrungsweisen, stets
dieselben Blut- und Gewebsbestandtheile herstellt, —
welcher er ferner, ähnlich den Pflanzen, — die aus
schiedenen Bodenarten die für sie nothwendigen und
spezifischen anorganischen Stoffe auszuziehen wissen
z. B. ihr Kali finden) — stets die ihm adäquaten Best
ausfindet, und dies zwar, bei rein vegetabilischer wie
malischer und bei gemischter Nahrung, — dass also
mus, um die Zwecke seiner Ernährung zu erreichen
einer rationellen und planmässigen Auswahl der
bedürfe, die ihm die modernen Lehren des Stoffwechsels
ren bestrebt sind. Es kann jedoch dieser Einwurf, das
dete Gesetz des Einflusses der Nahrungszufuhr auf
Blut- und Gewebsbildung, des Stoffwechsels und die
gie der mit diesen zusammenhängenden Funktionen
tern. Es wird gewiss nicht das Wesen, sicher aber
sität und Art der vegetativen Prozesse durch die Art
Modifikationen erleiden. Diese Modifikationen sind
die überhaupt den Unterschied der Individuen, ihre
breitegrade, die Breite ihrer Morbilität, ihre Lebens
die Energie ihrer gesammten physischen und zum Th
psychischen Funktionen bedingen — sie sind es, die,
in die physischen und geistigen Eigenthümlichkeiten
eingreifen. Diese durch die Art der Nahrung beding
tionen sind schliesslich so bedeutend, dass sie beim M
Frerichs sagt, Unterschiede herbeiführen, „wie sie
welt, zwischen Pflanzenfressern und Fleischfressern a
terschiede, die im Naturell des Löwen und dem des
ihre Endpunkte finden."

Diese ganz im Allgemeinen gegebenen Andeutungen
genügen, um darzuthun: dass das Suchen nach
wissenschaftlich haltbaren Grundlagen zu
einer Diätetik desselben,
einer Diätetik des Kindes, nach einer Diätetik desselben,
Aerzten genügen, eine Uebereinstimmung
sichten unter diesen und sofort auch eine Uebe
mung in ihren diätetischen Lehren für die Laien, erzie
nicht nur gerechtfertigt, sondern dringend geboten sei.

II.

Schwierigkeit des Aufbaues einer wissenschaftlichen Diät

Es ist zur Zeit unmöglich, eine wissenschaftliche Diäte
Kindes aufzustellen. Fast alle Grundlagen zu einer solchen

bislang noch ganz und gar. Diese noch mangelnden Grundlagen sind:

nächst dem Mangel einer Physiologie des kindlichen Organismus im Allgemeinen und Ganzen — insbesondere

die mangelnde Kenntniss jener Eigenthümlichkeiten und Funktionen des kindlichen Organismus, welche die eigentlichen und nähern Grundlagen für eine wissenschaftliche Diätetik abgeben.

Was den Ersteren, den Mangel nämlich einer physiologischen Kenntniss des kindlichen Organismus im Ganzen betrifft, so ist es ausser Zweifel, dass derselbe, gegenüber dem Vorherrschen des physiologischen Charakters der heutigen Gesammtmedizin, eine tiefe Lücke, nicht nur der Diätetik des Kindes, sondern der gesammten Spezialdisziplin der Pädiatrie bildet. Während die gesammten Bestrebungen der Physiologie darauf gerichtet sind, der Nosologie, *Therapie* und Diätetik des Erwachsenen, eine so viel möglich *exakt* wissenschaftliche Grundlage zu geben, während diese Letztern, *jede* Entdeckung, jeden Fortschritt der Physiologie als eine Ausbeute, die gleichsam für sie gemacht ward, zu verwerthen streben, *ist* für jene besondere Lebensform, die dem kindlichen Organismus zukommt, von physiologischer Seite her, so viel wie nichts *geschehen*. Kaum dass in physiologischen Werken die flüchtigsten Andeutungen über einzelne histologische oder funktionelle *Verhältnisse* desselben gegeben sind, und dies stets auch nur beiher; — an eine systematische, spezielle Erforschung der einzelnen *Funktionen* so wie des kindlichen Organismus als Ganzen, und zwar, vom Gesichtspunkte seiner Differenz von dem des Erwachsenen, mit *einem* Worte: an eine spezielle Physiologie des kindlichen Organismus, ist noch nicht entfernt Hand angelegt worden. Es war *bis zur* Stunde jedem Arzt anheimgestellt, bei einer Kinderkrankheit, die ihm etwa ein nosologisches Räthsel darbot, sich die *Aufklärung*, von physiologischer Seite her, entweder selbst zu konstruiren, oder, die für den Organismus des Erwachsenen geltenden *physiologischen* Gesetze, willkürlich auf das Kind zu übertragen und anzuwenden. Wenn es aber wahr ist, dass chemisch und histologisch *differente* Verhältnisse — wie sie für den kindlichen Organismus im Allgemeinen konstatirt sind — ihrerseits auch wieder *differente oder* doch modifizirte vitale bedingen, so dürfte die Art oder doch die In- und Extensität der Vorgänge im Kinde, eine *gleiche Ver*schiedenheit von denen des Erwachsenen zeigen, wie dies mit ihren istologischen und chemischen Differenzen der Fall ist. *Eine Bear*itung der Physiologie in dieser Richtung, deren Resultate der diatrie im Ganzen, wie der Diätetik des Kindes *im Besondern*, haltbare wissenschaftliche Basis gewähren würde, bildet daher

ebenso sehr ein wohlbegründetes *Pium desiderium*, als eine dringende Mahnung der Ansprüche unserer Zeit. Es ist ab8 auch klar, dass so lange eine solche nicht gegeben ist, die erste und wichtigste Schwierigkeit für eine wissenschaftliche Bearbeitung der Diätetik des Kindes nicht gehoben sein wird.

Was nun die in Rede stehenden Schwierigkeiten im Besondern betrifft, so ist es die mangelnde Kenntniss folgender Vorgänge, welche dem Aufbau einer wissenschaftlichen Diätetik entgegentritt. Die Vorgänge, die hier gemeint sind, lassen sich insgesammt in jenen grossen Prozess zusammenfassen, den man den Stoffwechsel nennt. Wir verstehen aber hier den Stoffwechsel in seinem weitesten Sinne, d. h. die gesammte lange Kette der Vorgänge, die bei der Umwandlung der aufgenommenen Nahrungsmittel in Blutbestandtheile beginnen, in dem Uebergang der Letzteren zu den spezifischen Geweben sich fortsetzen und in dem Zerfall dieser zu den Ausscheidungsstoffen ihr Ende erreichen. Diese Vorgänge im Einzelnen sind demnach: die Verdauung, die Blutbildung, Ernährung, die Rückbildung der Gewebe und die Ausscheidung der zerfallenen durch Nieren, Lunge, Haut etc., mit andern Worten: die gesammte Statik der Einnahmen und Ausgaben des Körpers. Fragt man sich nun, was man von diesem grossen Prozesse im kindlichen Organismus kenne, welche Grundlagen man demselben, für den Aufbau einer wissenschaftlichen Diätetik, entnehmen könne, so muss man gestehen, dass man sich hier einer *Terra incognita* gegenüber sieht. Erwägt man aber nun hiebei, dass aus der Kenntniss dieses Vorgangs eben die einzig wahren Grundlagen einer rationellen Diätetik hervorgehen können, dass alles Positive — was man in der neuesten Zeit für die Diätetik des Erwachsenen, durch die Bestrebungen der grossen Forscher im Gebiete der Physiologiè und Chemie, und allen voran, durch Liebig's Bahn brechenden Geist, gewonnen — der unermüdlichen Erforschung dieser in Rede stehenden Vorgänge des Stoffwechsels zu verdanken sei, so wird man, bei dem Gedanken, dass für die Aufhellung des Stoffwechsels im Kinde noch nichts geschehen, die Schwierigkeiten würdigen, die sich einer wissenschaftlichen Feststellung der Diätetik des Kindes entgegensetzen. Diese Schwierigkeit tritt aber erst recht hervor, wenn man, bei dem eben angedeuteten Mangel spezieller Forschungen über den kindlichen Stoffwechsel, den Versuch machen will: das, was uns vom Stoffwechsel des Erwachsenen Exaktes und Haltbares bekannt ist, für den des Kindes zu verwerthen und bei diesem Versuche nun findet, dass auch in jenem, d. h. dem Stoffwechsel des Erwachsenen, rücksichtlich vieler Punkte, noch ein undurchdringliches Dunkel herrscht. Haben wir doch über so viele

Vorgänge der Verdauung, der Umsetzung der Ingesta zu Blutbestandtheilen, den Ort und die Art der Entstehung der Blutkörperchen, die Bedingungen des Durchtritts bestimmter, für jedes Gewebe spezifischer Bestandtheile aus einem und demselben Plasma des Bluts, die Art, wie diese zu Gewebsbestandtheilen werden; — ferner rücksichtlich der Uebergänge dieser in die Stoffe des Zerfalls, sowie über manche Zwischenstufen der Verbrennungsprodukte; — endlich über die Beziehung und den Einfluss der Respiration zu allen den genannten Vorgängen und so vieles Andere, ja selbst über die Differenz in der chemischen Konstitution der Proteinate und ihrer Derivate — keine nur irgendwie vollständige und exakte Kenntniss. Ist doch der Vorgang der Endosmose selber, welcher so vielen Vorgängen des Stoffwechsels (der Resorption der verdauten Ingesta, dem Durchtritt der Blutbestandtheile durch die Kapillaren in die Gewebe und von diesen zurück etc.) zu Grunde liegt, weder in seinen physikalischen, molecularen, noch in seinen chemischen Bedingungen exakt gekannt. Nichtsdestoweniger sind aber doch so zahlreiche und werthvolle Resultate über den Vorgang des Stoffwechsels im Ganzen, über das Verhältniss der Zufuhr und des Verbrauchs im organischen Haushalt, über den Nährwerth der Nahrungsmittel und ihre Verdaulichkeit etc. gewonnen, dass die Diätetik des Erwachsenen bereits auf einer ziemlich positiven Unterlage ruht.

Wenn wir nun nach dem allen, Angesichts der erwähnten Schwierigkeiten, uns dennoch an den Versuch wagen, haltbare Grundlagen für die Diätetik des Kindes aufzusuchen, so soll dies eben nur als ein entfernter und schwacher Versuch gelten, der kaum die äussersten Umrisse des Gegenstandes berührt. Dieser Versuch soll denn den Inhalt des folgenden Kapitels bilden.

III.

Mittel und Wege zur Erlangung haltbarer Grundlagen für eine wissenschaftliche Diätetik des Kindes.

Die Grundlagen einer wissenschaftlichen Diätetik des Kindes können nur auf folgendem Wege gesucht werden:

1. Durch Erforschung der Besonderheit des kindlichen Stoffwechsels in seinen Differenzen von dem des Erwachsenen, um aus der so gewonnenen Kenntniss der Ernährung und des Verhältnisses der Ein- und Ausgaben im organischen Haushalt des kindlichen Körpers, die Nahrungsweise zu erschliessen, bei welcher die Bedürfnisse jenes organischen Haushalts am besten bestritten und gedeckt werden.

2. Durch Erforschung der Einrichtung und Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane des Kindes, sowie der Art und Intensität seiner Verdauung und der Resorption der verdauten Ingesta.

3. Durch Erforschung der gebräuchlichen Nahrungsmittel des Kindes, in ihrer Beziehung einerseits, zu den für seinen Stoffwechsel ermittelten Bedürfnissen, anderseits zur Leistungsfähigkeit der kindlichen Verdauungsorgane und ihrer Geeignetheit, durch die Letztere, für die Zwecke des kindlichen Organismus verarbeitet zu werden.

A.

Der Stoffwechsel des Kindes in seiner Eigenthümlichkeit und seiner Differenz von dem des Erwachsenen, als die erste Grundlage einer wissenschaftlichen Diätetik des Kindes.

Den Ausgangspunkt zur Erforschung des kindlichen Stoffwechsels müssen die für den Stoffwechsel des Erwachsenen geltenden Gesetze bilden. Allein eine einfache Anwendung derselben auf das Kind reicht hier nicht aus, sondern es ist zugleich nothwendig, dass die Modifikationen studirt werden, welche die physiologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus in die allgemeinen Gesetze des Stoffwechsels bringen, und diesem, im Kinde, sein besonderes Gepräge verleihen. Das nun, was sich auf diesem Wege, bei den fast gänzlich fehlenden Vorarbeiten über den kindlichen Stoffwechsel, rücksichtlich der Eigenthümlichkeiten des Letztern, mehr weniger andeutungsweise, sagen lässt, dürfte in folgende Sätze zusammengefasst werden.

1. Der Stoffwechsel des Kindes, in seiner Gesammtheit und im Allgemeinen, erhält eine wesentliche, ich möchte fast sagen, spezifische Modifikation, durch den Charakter der Unfertigkeit, der unvollendeten Entwicklung und die dadurch gegebene chemische und physikalische Differenz, die den Geweben des Kindes gegenüber denen des Erwachsenen zukommt. Wenn es nämlich als ein ausgemachter Satz des Stoffwechsels des Erwachsenen gelten darf, dass die besimmte physikalische und chemische Differenz der einzelnen Gewebe, auch die Anziehung bestimmter Blutbestandtheile und die bestimmte spezifische Ernährung der einzelnen Gewebe bedingt, so muss, mit der bestimmten physikalischen und chemischen Differenz, welche viele Gewebe des Kindes, namentlich die des Neugebornen und Säuglings, darbieten, eine veränderte Exosmose und Transsudation zwischen den Geweben und Kapillaren des Kindes, die unausbleibliche Folge sein. Dieser Satz wird seine Begründung

erhalten, wenn wir einige der wichtigsten Gewebe, vom Gesichtspunkte dieser ihrer Differenz von den analogen des Erwachsenen, in's Auge fassen. Diese sind:

a) Das Knochengewebe. Beim Erwachsenen besteht dieses aus einer organischen Grundlage, die Knochenleim gibt, und einer vorwaltenden Menge von Kalksalzen; — beim Neugeborenen und Säugling: aus einer organischen Grundlage, die nicht Knochenleim, sondern den chemisch von jenem verschiedenen Knorpelleim gibt, und einer geringen Menge Kalksalzen. Durch diese chemische Differenz hat denn nun auch das Knochengewebe des Kindes eine chemisch verschiedene Anziehung zu den Stoffen des Blutes, indem die mehr knorpligen Knochen des Kindes, gemäss der chemischen Verwandtschaft des Knorpelgewebes zum Kochsalz des Blutes, dieses mehr als die Kalksalze anzieht. Damit nun die das Kind auszeichnende rasche und üppige Knochenbildung ermöglicht werde, muss dessen Knochengewebe die Art des Stoffwechsels annehmen, wie sie in den Knochen des Erwachsenen statt hat. Dies geschieht, indem seine Knorpelleim gebende organische Grundlage sich in Knochenleim gebende umwandelt, die sodann anstatt Kochsalz vorwaltend Kalksalze anzieht.

b) Das Muskelgewebe. Die chemische Differenz desselben von dem des Erwachsenen besteht darin, dass es, bei ungleich weniger Faserstoff, grossentheils aus Eiweiss besteht. Dies bedingt denn wieder einen vom Erwachsenen differirenden Stoffwechsel. Es wird nämlich einerseits durch den geringern Gehalt der Muskeln an Faserstoff und den grössern im Blute, eine chemische Differenz zwischen Beiden gesetzt, die zur Ausgleichung strebt, anderseits werden die Kali- und Magnesiasalze (als die anorganische Grundlage des Muskelgewebes) weniger reichlich als von den Muskeln des Erwachsenen dem Blute entzogen. Erst dadurch, dass das Eiweiss des kindlichen Muskelgewebes sich vorwaltend mit dem vom Blute zugeführten Sauerstoff verbindet und der Verbrennung anheimfällt, wird der Faserstoff mehr geschont und demselben Gelegenheit gegeben, sich immer mehr in den Muskeln abzulagern und sofort auch die genannten anorganischen Stoffe in grösserer Menge anzuziehen, wodurch schliesslich die dem Kinde zukommende Massenzunahme und Entwicklung der Muskeln angebahnt wird.

c) Das Hautgewebe. Auch dieses enthält beim Neugeborenen und Säugling, im Verhältniss zu seinem Hornstoff und leimgebenden Fasern, weit mehr Eiweiss als beim Erwachsenen. Auch hier kann wieder durch das, der verbrennenden Einwirkung des Sauerstoffs vorzugsweise anheimfallende Eiweiss, der Stoffwechsel in dem leimgebenden Antheil der Haut

verzögert werden, und so die Entwicklung und Ausbildung des Hautgewebes sich immer mehr der des Erwachsenen annähern.

Wir haben bisher diejenige Modifikation des kindlichen Stoffwechsels skizzirt, welche aus der chemischen und histologischen Differenz gefolgert werden konnte, die zwischen den Geweben des Kindes und des Erwachsenen statt hat. Jetzt wollen wir zu einer andern physiologischen Eigenthümlichkeit des kindlichen Organismus übergehen, die noch tiefer und modifizirender in seinen Stoffwechsel eingreift, wir meinen:

2. Das im Vergleiche zum Erwachsenen beschleunigtere und mit weit geringerer Energie vor sich gehende Athmen des Kindes. Das Kind der ersten Lebenswoche athmet 38—40mal, in den spätern Wochen 28—30mal, während der Erwachsene 12—15mal in der Minute athmet. Nun ist es eine Thatsache der Physiologie, dass mit der zunehmenden Schnelligkeit der Athembewegungen, die Menge der ausgeathmeten Kohlensäure abnimmt, was gleichbedeutend mit der Aufnahme einer geringern Menge Sauerstoff und einer geringern Verbrennung der Gewebe ist. Zu dieser grössern Schnelligkeit kommt dann noch die geringere Tiefe der Inspirationen, die geringere Ausdehnung des Brustkorbs und sofort die geringere Spannung und Füllung der Lungenbläschen. Hiedurch wird denn an und für sich schon weniger Sauerstoff den Kapillaren der Lungenbläschen zugeführt; zudem werden aber noch die Kapillaren, nicht so wie bei den tiefern Inspirationen des Erwachsenen, durch die dabei stattfindende grössere Spannung der Lungenbläschen, abgeplattet und auf diese Weise dem zugeführten Sauerstoff eine weniger günstige Oberfläche zu seiner Absorption dargeboten. Hiezu kommt noch eine andere Eigenthümlichkeit des Kindes, die modifizirend auf dessen Athmen einwirkt. Es ist dies das im ersten Kindesalter so bedeutende Vorwalten des Schlafes über das Wachen. Im Schlafe nämlich wird das Athmen verlangsamt, dadurch aber kommt zu der im Kinde bestehenden geringern Intensität der Inspirationen, noch ihre Verminderung an Zahl. Die durch alle diese Verhältnisse der kindlichen Respiration gegebene Modifikation des Stoffwechsels im Kinde, gibt sich denn auch in dem Verhalten der zwei wichtigsten Ausscheidungen kund: in der der Kohlensäure und des Harnstoffs. Betrachten wir zuerst:

3. Die Ausscheidung der Kohlensäure im Kinde. Es ist diese, nach Moleschott und Andern, geringer als beim Erwachsenen. Sie ist der Ausdruck einer der wichtigsten Modifikationen des kindlichen Stoffwechsels, denn sie ist gleichbedeutend mit einer geringern Verbrennung des Fetts, des Blutes und der Gewebe

des Kindes, und wahrscheinlich auch des Zuckers und Fetts seiner Nahrung. Hierin mag denn der Grund gelegen sein, einerseits jener die Kinder auszeichnenden Fettbildung, in Form des Fettpolsters unter der Haut, anderseits der Gegenwart jener grössern Menge von Fett im kindlichen Blute, durch welche die jetzt so üppige Vermehrung der Blutkörperchen sowohl als der Gewebe, ermöglicht werden soll. Das rasche Wachsthum des so fettreichen Gehirns, die Bildung des Knochenmarks, sammt der Entwicklung der Knochen, und die Massenzunahme sämmtlicher andern Gewebe des Kindes (die allesammt an die Gegenwart von Fett gebunden sind), finden in diesem geringern Verbrauch von Fett, für den die geringere Aushauchung der Kohlensäure der Massstab ist, ihre Bedingung.

4. Die geringere Bildung und Ausscheidung von Harnstoff im Kinde ist die zweite Folge jener oberwähnten Modifikation des kindlichen Athmungsprozesses. Sie hat die wichtigste Bedeutung für den kindlichen Stoffwechsel. Denn sie ist der Ausdruck einer geringern Verbrennung der Muskeln und der leimgebenden Gewebe, bei welcher, so wie bei der gleichzeitig im Kinde statthabenden Milchnahrung (in deren Käsestoff, phosphorsaurem Kali, Magnesia und Kalksalzen das Material der Muskeln und der leimgebenden Gewebe repräsentirt ist), jenes im Kinde so üppig Platz greifende Wachsthum der Muskeln, Knochen, Sehnen, Bänder, der Haut und der verwandten Gewebe nicht nur begreiflich wird, sondern als Konsequenz seines modifizirten Stoffwechsels erscheint.

Diese geringere Ausscheidung von Harnstoff hat aber noch eine andere weit reichende Folge für die eigenthümliche Gestaltung des Stoffwechsels im Kinde. Da nämlich, mit dem Durchtritt des Harnstoffs durch die Nieren, nach endosmotischen Gesetzen, stets auch die andern Salze und anorganischen Stoffe, die bei der Verbrennung der Gewebe frei werden, Hand in Hand gehen, so ist mit der geringern Bildung und Ausscheidung von Harnstoff, auch eine geringere Ausscheidung der anorganischen Gewebbildner gegeben. Es werden demnach die Knochensalze und die Muskelsalze, d. h. die anorganischen Bestandtheile der Knochen und Muskeln, ebenfalls weniger ausgeschieden, hiedurch aber, bei der mit der Milchnahrung gegebenen reichen Zufuhr von phosphorsaurem Kalk, Kali- und Magnesiasalzen, die bereits erwähnte Entwicklung und Massenzunahme der Knochen, Muskeln und anderer Gewebe vermittelt.

5. Als eine wichtige physiologische Eigenthümlichkeit, die modifizirend auf den kindlichen Stoffwechsel eingreift, ist die dem Kinde der ersten Lebenszeit mangelnde Körperbewegung und geistige Thätigkeit zu erwähnen. Die chemische

Differenz zwischen Blut und Parenchym, als einer der mächtigsten Faktoren gesteigerter Endosmose und lebhaftern Stoffwechsels, ist proportional der Thätigkeit der Organe. Hat ein Organtheil durch gesteigerte Functionsäusserung eine stärkere Stoffmetamorphose erlitten, ist sein spezifisches Gewebe in höherem Grade den Endpunkten des Stoffwechsels zugeführt worden, so ist auch die chemische Differenz zwischen ihm und den Bestandtheilen des Blutes erhöht und es muss somit ein verstärkter Austritt von diesen in das Gewebe und umgekehrt statt finden. Hinwieder wird, wenn die Funktionsäusserung des Organs geringer ist, auch die Stoffmetamorphose, die Differenz zwischen Blut und Organ, und die Umwandlung der Gewebe zu den Endprodukten der Verbrennung geringer sein. Daher geschieht es, dass durch gesteigerte Körperbewegung nicht nur die Ausscheidung der Kohlensäure durch die Lunge, sondern auch im hohen Grade durch die Haut gesteigert wird. Ein Mensch in Bewegung scheidet durch die Haut in neun Stunden so viel Kohlensäure aus, als sonst in 24 Stunden. Beim Kinde der ersten Lebenszeit, wo die Bewegung eine höchst unbedeutende ist, wird dadurch wieder ein Moment für die Verzögerung des Stoffwechsels in allen Geweben: den Knochen, Muskeln, Sehnen etc., und sofort für ihre Massenzunahme gegeben. Dasselbe gilt vom Mangel geistiger Thätigkeit, die, in Beziehung auf Beschleunigung des Stoffwechsels, eine mehr weniger gleiche Wirkung hat, wie die Körperbewegung.

6. Eine andere Modifikation des kindlichen Stoffwechsels wird durch die Eigenthümlichkeit seiner Circulation gegeben. Das Blut des Kindes der ersten Lebenszeit, scheint zwar, trotz der geringern Druckkraft des Herzens, im Kapillarsystem, unter einem verhältnissmässig gleichen Druck zu stehen, wie beim Erwachsenen, weil die Widerstände, die das Blut, auf seinem Wege durch die Arterien und Kapillaren, zu überwinden hat, — durch den kürzeren Weg beim Kinde, durch die geringere Kapazität seines Gefässsystems und die geringere Blutmenge, die dieses durchströmt, — geringer sind, als beim Erwachsenen. Allein dadurch, dass im Venensysteme des Kindes die Circulation, im Vergleiche zum Erwachsenen, wie wir gleich zeigen werden, erschwert wird, wird auch der Druck in den Kapillaren wieder erhöht. Es ist nämlich eine Thatsache, dass der venöse Kreislauf und der Rückfluss zum Herzen, durch den Akt der Inspiration begünstigt wird, dass durch dieselbe eine „Adspiration" oder „ansaugende Wirkung" auf das Blut der in der Brusthöhle gelegenen grossen Gefässe ausgeübt wird, und dass diese ansaugende Wirkung der Brusthöhle auf das Blut der Venen, der Intensität der Inspiration proportional ist. Wenn dies richtig ist, dann muss,

beim Kinde, mit dessen schwächeren Respiration, resp. Inspiration, diese ansaugende Wirkung der Brusthöhle auf das Blut der Venen eine geringere sein, dadurch aber der Rückfluss des Venenblutes ein schwächerer und verlangsamter werden. Hiezu kommt noch die beim Kinde fast ganz fehlende, die Venencirculation des Erwachsenen so begünstigende Einwirkung der Muskelkontraction. Endlich mag auch zu der stärkern Anfüllung und dem vermehrten Drucke im Venensystem die Eigenthümlichkeit der kindlichen Verdauung beitragen, welche, bei den so rasch auf einander folgenden Nahrungsaufnahmen, eine fast ununterbrochene Zufuhr und höhere Concentration im Venensystem bedingt. Durch dieses alles wird nothwendig eine Rückwirkung auf die Verlangsamung der Cirkulation im Kapillarsysteme des Kindes und ein erhöhter Blutdruck in diesem bedingt, gerade so, wie in den Kapillaren der Wurzeln der Pfortader der Blutdruck erhöht wird, weil das von der letztern abfliessende Blut noch einen zweiten Widerstand — das Kapillarsystem der Pfortader in der Leber — zu überwinden hat *). Diesen erhöhten Blutdruck und die Verlangsamung der Blutbewegung in den Kapillaren des Kindes aber angenommen, wird damit auch eine der wichtigsten Modifikationen seines Stoffwechsels zu Stande gebracht. Es wird nämlich eine stärkere Endosmose, von den Kapillaren in die Parenchyme, die unmittelbare Folge sein, und dies um so mehr, als die Kapillaren des Kindes zarter und weniger widerstandsfähig vorausgesetzt werden dürfen, und das sie umgebende Parenchym weicher, lockerer und nachgiebiger ist. Es wird aber auch anderseits eine geringere Endosmose der Ernährungsflüssigkeit, vom Parenchym zurück in die Kapillaren und — weil die obbezeichneten Verhältnisse des venösen Blutlaufs im Kinde auch in den Lymphgefässen einen erhöhten Druck veranlassen — auch eine geringere in die Lymphgefässe stattfinden. Die grössere Durchfeuchtung der kindlichen

*) Wollte man dieser Annahme entgegensetzen: dass die Druckkraft des Herzens im Kinde relativ eben so stark sei, als beim Erwachsenen, und demzufolge schliessen: dass, bei dem erwähnten geringern Widerstande, den das Blut des Kindes zu überwinden hat, diese relativ gleich stark anzunehmende *vis a tergo* des kindlichen Herzens, den erschwerten venösen Kreislauf wieder ausgleichen müsse, — so wäre erstens jene Annahme der relativ gleich starken Druckkraft des Herzens im Kinde — trotz der vorwiegenden Grösse des kindlichen Herzens (dessen Gewicht beim Neugeborenen, im Vergleiche zum Gesammtgewichte seines Körpers, nach Burdach, wie 1:120–150 und beim Erwachsenen wie 1:200 ist) — noch zu erhärten, und es würde zweitens der grössere Reichthum der Kapillaren im Kinde, namentlich in dessen Knochen, Muskeln, Haut und Sehnen, wieder als ein Moment für die Verlangsamung seiner Circulation in Anschlag zu bringen sein.

Gewebe mag vielleicht hierin ihren Grund haben. Durch dieses alles aber wird nun ein längeres Verweilen des ausgetretenen Plasma in den Geweben bedingt und so demselben mehr Zeit gegeben, sich zu Bestandtheilen der Gewebe umzubilden. Auf diesem Wege wird denn in letzter Instanz jene Verlangsamung des Stoffwechsels angebahnt, die den Zwecken der Entwicklung und Massenzunahme des kindlichen Organismus entspricht.

7. Eine wesentliche Modifikation erhält noch der kindliche Stoffwechsel durch die Art seiner Nahrung in der ersten Lebenszeit, die in der Regel und der Norm gemäss, die Milch bildet. Während nämlich die Nahrung des Erwachsenen, die drei unerlässlichen Gruppen von Nährstoffen: Eiweissartige, Fett- oder Fettbildner und Salze, immer nur in einer schwankenden und wechselnden Mischung und Proportion enthält, ist in der Milch diese Mischung und Proportion, für das Kind, in einer unverrückbar gleichmässigen Weise dargeboten. Sie ist es für das junge Säugethier jeder Gattung in einer verschiedenen immer aber konstanten Weise. Darin ist es aber nun auch begründet, dass, während bei der wechselnden Nahrung des Erwachsenen und der sofort wechselnden Proportion jener drei Gruppen, eine Ungleichmässigkeit und ein Schwanken des Stoffwechsels Platz greifen muss, der Stoffwechsel im Kinde, so lange es eben ausschliesslich mit Milch genährt wird, den Charakter der Stetigkeit und Gleichmässigkeit an sich trägt.

Ein solch gleichmässiger Fluss des kindlichen Stoffwechsels bildet aber auch die wesentliche Bedingung für die Durchführung der Aufgaben des kindlichen Organismus: harmonisches, typisches Vorschreiten der Entwicklung und des Wachsthums sämmtlicher noch unfertiger Gewebe und Organe, sowie die Bedingung für die Hintanhaltung ungleichmässiger und einseitiger Entwicklung. Dies war aber eben nur bei einer Nahrung zu erreichen, in welcher nicht nur die Bestandtheile für die Entwicklung und das Wachsthum aller Theile und jedes einzelnen gesichert, sondern auch jene Proportion der Bestandtheile, d. h. eine, proportional den Bedürfnissen des Wachsthums und der Entwicklung jedes einzelnen Organtheils in jedem einzelnen Zeitabschnitt des Säuglingsalters adäquate Menge der einzelnen Bestandtheile gegeben war. Daher auch, je nach dem Alter des Säuglings und den darauf gegründeten Bedürfnissen seiner Entwicklung, diese Proportion der Bestandtheile der Milch wechselt, für den Neugebornen eine andere als für das Kind von 6 Tagen, eine andere nach 14 Lebenstagen, eine andere mit sechs Wochen und mit einigen Monaten wird. Daher ferner, wo, bei der künstlichen Ernährung, die Menge der einzelnen Bestandtheile der Milch und ihre für die verschiedenen Zeit-

punkte des Säuglinglebens adäquaten Proportionen nicht eingehalten werden, wo bald das Wasser, bald das Fett und der Zucker oder der Käsestoff der Milch in zu geringen oder zu grossen Mengen gereicht werden, Störungen der Entwicklung im Ganzen, oder eine disharmonische, bald überwiegende, bald zurückbleibende Entwicklung in einzelnen Organen und Geweben als Folge auftritt, und so, bald Magerkeit oder Atrophie, bald eine übermässige Fettentwicklung mit Zurückbleiben der Muskeln und Knochen, bald eine Hypertrophie der Lymphdrüsen, der Leber, Milz, des Gehirns mit Zurückbleiben der rothen Blutkörperchen in Form von Anämie, Leucämie etc. zu Tage traten. Dass solche Dysharmonien der Entwicklung, durch eine unpassende Darreichung der Substrate des Stoffwechsels, d. h. der durch die Nahrung repräsentirten Elemente des Bluts und der Gewebe, beim Kinde, so leicht zu Stande kommen, während sie beim Erwachsenen, inmitten der grössten Schwankungen der Menge und Proportion der Nahrungsstoffe in den verschiedensten und wechselndsten Nahrungsweisen — freilich auch bis zu einer gewissen Gränze nur — nicht zu Tage treten, spricht eben für die Differenz in dem Stoffwechsel Beider, — eine Differenz, die eben darauf hinausgeht, dass beim Kinde unfertige Gebilde von geringen Dimensionen sich entwickeln und an Volum und Gewicht zunehmen sollen, während beim Erwachsenen die Dimensions- und Gewichtsverhältnisse schon feststehende Grössen bilden, und die Gewebe schon den Typus ihrer Artentwicklung, ein für allemal, erreicht haben. Wir werden, geeigneten Orts, auf diese Beziehung und Bedeutung der Milch für den kindlichen Stoffwechsel zurückkommen; — für jetzt mag es genügen, dass wir an der, für jeden Abschnitt der Säuglingsperiode feststehenden Proportion und Menge der Bestandtheile der Milch einen Wink erhalten, um einerseits einen Rückschluss auf die Art und die Eigenthümlichkeit des kindlichen Stoffwechsels zu machen, anderseits das Mittel kennen zu lernen, wie demselben Genüge zu leisten sei.

Wir sind am Ende unserer Skizze des kindlichen Stoffwechsels. Es wären hier zwar noch manche Vorgänge namhaft zu machen, die mehr weniger in den Stoffwechsel des Kindes eingreifen und wesentliche Modifikationen desselben bedingen. Es gehören hieher: die Eigenthümlichkeiten der kindlichen Verdauung (als des ersten Gliedes in der Kette der Vorgänge des Stoffwechsels) die Eigenthümlichkeit der Resorption der verdauten Ingesta, der Einfluss beider auf die Respiration und Circulation des Kindes, die Bedeutung der Grösse der Leber im Kinde, als des Organs der Vermehrung der Blutkörperchen (eines für das Wachsthum und die Entwicklung des kindlichen Organismus so bedeutungsvollen Vorgangs) und so manches andere. Wir werden auf diese weiter unten

zurückkommen und wollen für jetzt zunächst versuchen, die Sätze, die aus der bisher gegebenen Darstellung des kindlichen Stoffwechsels sich ergeben haben, zu verwerthen und zu sehen, welche Grundlagen sich aus denselben für die Diätetik des Kindes ableiten lassen. Indem wir aber zu diesem Versuche schreiten, fühlen wir, wie dürftig, wie wenig exakt und thatsächlich begründet, wie völlig unzureichend endlich die Materialien sind, auf die hier die gesuchten Grundlagen basirt werden sollen. Nichtsdestoweniger dürfte es — in Ermanglung positiver, auf exakte Spezialuntersuchungen des kindlichen Stoffwechsels basirter Unterlagen, deren Gewinnung wir weiter unten andeuten werden — nicht ganz überflüssig sein, einige allgemeine Sätze hier aufzustellen, indem dieselben vielleicht schon dadurch, dass sie, durch nachfolgende exakte Untersuchungen Anderer, widerlegt würden, negativ, zur Auffindung der Wahrheit führen könnten.

Fragen wir nun, welche allgemeine Korollarien sich aus der gegebenen Darstellung des kindlichen Stoffwechsels, behufs ihrer Anwendung als Grundlagen der Diätetik des Kindes, abstrahiren lassen, so dürfte Folgendes aufgestellt werden:

1. Dass gemäss der nachgewiesenen histologischen und chemischen Differenz, welche die Gewebe und Organtheile des Kindes, gegenüber denen des Erwachsenen, an sich tragen, auch ihre chemische Anziehung zu den Stoffen des Blutes und sofort, die Vertretung derselben im Blute und in der Nahrung, eine andere und besondere sei

2. Dass die Stoffe daher, die bei der spezifischen Gewebebildung des Kindes sich betheiligen müssen, im Blute des Kindes und sofort in dessen Nahrung, gehörig vertreten sein müssen.

3. Dass, wenn schon beim Stoffwechsel und bei der Ernährung der Gewebe des Erwachsenen, die Integrität dieser und ihre Erhaltung *in statu quo*, an eine richtige Vertretung sämmtlicher die Gewebe zusammensetzender Bestandtheile im Blute und in der die Konstitution des Blutes bedingenden Nahrung gebunden ist, dieses im Kinde eine noch stringentere Bedingung sein werde, wo es sich nicht bloss um Erhaltung der fertigen Gewebe handelt, sondern wo diese Gewebe erst entstehen, sich bilden, entwickeln und an Masse fortwährend zunehmen sollen.

4. Dass sonach, gemäss diesem Bedürfniss und dieser Besonderheit der Anforderungen des kindlichen Stoffwechsels, alle die organischen sowohl als anorganischen Bestandtheile der Gewebe, in jener Kombination, jener Proportion und jenem Reichthum in der Nahrung des Kindes, als dem ersten Substrat seines Stoffwechsels, um so mehr gegeben sein müssen, als jetzt nicht bloss dessen unfertige Gewebe qualitativ und quantitativ, sondern das Blut sel-

ber erst sich entwickeln, die Blutkörperchen namentlich an Zahl zunehmen und in ihrer Qualität sich ausbilden sollen, und als ferner jetzt, auch die Centralorgane des Nervensystems, (als die Regulatoren der wichtigsten zum Stoffwechsel gehörigen Funktionen: der Verdauung, Sekretion, Respiration und Circulation) üppig wachsen sollen, diese aber, ebenso wie alle andern Gewebe und Organtheile, an das richtige Vorhandensein von Eiweiss, Fett, Zucker und Salzen gebunden sind, das Gehirn eben so wenig ohne ein richtiges Vertretensein von Eiweiss, Fett und phosphorsauren Verbindungen des Kalks, Kalis und der Magnesia etc. bestehen kann, als die Blutkörperchen ohne Eisen und Kali oder die Knochen hne phosphorsauren Kalk etc.

5. Dass — gemäss dem oben dargestellten Charakter der nfertigkeit der kindlichen Gewebe, zusammengehalten mit ner Statik im organischen Haushalt des Kindes, nach welcher e Einnahmen die Ausgaben überwiegen müssen — e Zufuhr der Nahrung eine solche sei, welche diese Statik währleiste, dass sonach die Nahrung nicht nur alle Bestandtheile den Ersatz und Ansatz in gehöriger Menge und Proportion entlte, sondern in jener Qualität, dass, bei ihrer Verarbeitung und setzung zu Blutbestandtheilen im Darmkanal des Kindes, kein sfall durch ihre Schwerverdaulichkeit zu erwarsei, dass kein wichtiger Theil derselben den Verdauungskanal Kindes unbenützt durchlaufe, sondern in einer für die Verungskräfte des Letztern geeigneten Beschaffenheit dargebowerde.

6. Dass speziell — gemäss der vorwaltenden Unfertigkeit und gelhaftigkeit der Muskeln, der leimgebenden Gewebe, des Ge- und des Blutes und dem vorwaltenden Bedürfniss der Entlung dieser an Masse und Qualität — die Nahrung des Kindes, Vorwalten der Proteinate über die Fette und Fettner und von den anorganischen Stoffen ein Vorwiejener anorganischen Gewebsbildner enthalte, die wie alk, das Kali und die phosphorsauren Verbindungen, voreise in die Bildung der genannten mangelhaft entwickelten e und Substrate des kindlichen Organismus eingehen.

. Dass — entsprechend dem Charakter der Gleichigkeit des kindlichen Stoffwechsels und der Nothwendigkeit ngestört harmonischen Flusses der Entwicklung seines Orga- — die Nahrung des Kindes eine gleichmässige, und je nach jeder einzelnen Altersperiode desselben bestebesondern Bedürfnisse seiner Statik, eine jedesmal mit übereinstimmende und konstante sein müsse.

Dass somit die Nahrungsmittel des Kindes, in dieser Beziehung zu den Bedürfnissen und Eigen-

thümlichkeiten seines Stoffwechsels, erforscht werden müssen, wenn für die Frage seiner Ernährung haltbare Grundlagen gewonnen werden sollen.

Dass die Milch das Nahrungsmittel sei, welches für die Periode des Säuglinglebens, ausschliesslich und für sich allein, allen den namhaft gemachten Anforderungen des kindlichen Stoffwechsels vollkommen entspricht; — dass sie namentlich: *a*) dem Bedürfniss der qualitativen Ausbildung und Massenzunahme der unfertigen Gewebe des Kindes, durch die Menge und Proportion aller die Gewebe desselben vertretenden Bestandtheile; — dass sie *b*) dem Bedürfniss der nun vorwaltend in Entwicklung begriffenen leimgebenden Gewebe, Muskeln etc. durch das Vorwiegen ihrer eiweissartigen Bestandtheile über die stickstofflosen; — dass sie *c*) dem Charakter der Gleichmässigkeit des kindlichen Stoffwechsels durch ihre den zunehmenden Bedürfnissen des Säuglings stets proportional gehende und ihre für jeden Abschnitt des Säuglinglebens gesetzmässig und gleichmässig konstante Mischung; — und durch dieses Alles *d*) den Bedürfnissen der Statik des kindlichen Stoffwechsels: dem Vorwalten der Einnahmen über die Ausgaben in jeder Beziehung entgegenkommt: — dies Alles wird sich erst positiv und exakt herausstellen, wenn wir die zwei folgenden Grundlagen der Diätetik des Kindes: die Leistungsfähigkeit seiner Verdauungsorgane und die Physiologie der Nahrungsmittel des Kindes in Beziehung auf seinen Stoffwechsel, werden erörtert haben.

Am Schlusse dieses Kapitels müssen wir noch, bevor wir weiter gehen, einen Punkt erörtern, der für die Frage des Stoffwechsels im Kinde, und die von demselben zu machende Anwendung für die Diätetik, von dem wichtigsten Belange ist. Wir haben schon oben, als wir an den Versuch der Darstellung des kindlichen Stoffwechsels gingen, die Dürftigkeit und Unzulänglichkeit der Materialien hervorgehoben, auf die derselbe gegründet werden sollte. In der That auch ermangelt die oben versuchte Skizze desselben jedes positiven und exakten Bodens, indem dieselbe einerseits den Gesetzen des Stoffwechsels des Erwachsenen entnommen ward, andererseits die für das Kind vindizirten Eigenthümlichkeiten desselben nur aus den Modifikationen gefolgert wurden, welche die physiologische Besonderheit des kindlichen Organismus in die allgemeinen Gesetze des Stoffwechsels bringt. Sollen aber diese Annahmen einen positiven Werth gewinnen, so müssen sie auf exakte physiologische Spezialuntersuchungen des kindlichen Stoffwechsels, als solchen, gegründet werden. Eine solche Exaktheit, ein solcher Boden der Thatsachen kann nur gewonnen werden, wenn wir uns über alle die in der Gegenwart bestehenden Lücken

in unserm Wissen vom Stoffwechsel des Kindes klar machen, wenn wir die Wege ermitteln, die zu ihrer Ausfüllung führen, und wenn schliesslich die eventuellen Resultate dahin zielender Untersuchungen uns zu Gebote stehen sollten. Diese Untersuchungen jedoch sind Sache des Chemikers und Physiologen. Wir für unseren Theil haben hier nur, vom Standpunkte des nach physiologischen Daten suchenden Diätetikers, die erwähnten Lücken, die fraglichen Grundlagen, die uns Noth thun, aufzudecken, die Materialien gleichsam der Untersuchung, „als *pia desideria*", den Spezialforschern namhaft zu machen.

Diese Lücken und diese bislang theilweise oder gänzlich fehlenden Untersuchungen sind ungefähr folgende:

1. Es fehlt noch eine genaue, durchgreifende, auf allseitige mikroskopische und mikrochemische Untersuchungen gegründete Spezialkenntniss der histologischen und chemischen Beschaffenheit der kindlichen Gewebe, auf welche, in weiterer Konsequenz, approximativ ihre biotischen Differenzen, gegenüber denen des Erwachsenen, im Allgemeinen und in ihrer Beziehung zum kindlichen Stoffwechsel, zu basiren wären.

2. Es fehlt eben so eine exakte Kenntniss des physikalischen Verhaltens der kindlichen Gewebe in ihrer Beziehung zur Exosmose und in ihrer Differenz von der des Erwachsenen. Wenn man bedenkt, wie modifizirend die Molekularbeschaffenheit der die Endosmose vermittelnden Membran, ihre Dünn- oder Dickwandigkeit, Zartheit oder Derbheit, ihre Porosität etc. auf die Stärke und Art der Endosmose, d. h. auf den Grad des Durchlassungsvermögens, die Schnelligkeit des Durchtritts und die Spezifizität der durchtretenden Stoffe, im Allgemeinen und im Organismus einwirke, so wird man die Nothwendigkeit einer exakten Kenntniss dieser physikalischen Verhältnisse der kindlichen Gewebe für die exakte Einsicht in ihre jedenfalls spezifische und für die Modifikation des Stoffwechsels im Kinde massgebende Exosmose, zugestehen. Vergleichende Imbibitionsversuche, sowohl als endosmotische, mit den verschiedenen Geweben des Kindes und den gleichnamigen des Erwachsenen vorgenommen, und zwar mit verschiedenartigen Lösungen, dürften hier, wenn sie auch, wie so viele andere endosmotische Versuche, bei ihrer bekannten Schwierigkeit wenig erklekliche Resultate böten, nicht ganz werthlos sein.

3. Ebenso wären Untersuchungen über einen einschlägigen Vorgang — den der Resorption nämlich, im Kinde und zwar ihre Stärke, Schnelligkeit und Art, im Allgemeinen und insbesondere die des Darmkanals in Beziehung auf die Schnelligkeit und Vollständigkeit der Aufsaugung der verdauten Ingesta — im Vergleich zum Erwachsenen vorgenommen, für die Frage des kind-

lichen Stoffwechsels von Interesse. Unterbun ten Lösungen gefüllte Darmschlingen, und des mit verschiedenen Ingestis gefüllten Ma gen und erwachsenen Säugethieren vergl dürften hier vielleicht ein Objekt der Unters

4. Untersuchungen über die Ei der Circulation des Kindes. Eine letztere bildet, nebst der Kenntniss der cl nisse des kindlichen Blutes, eine der w für die Kenntniss des kindlichen Stoffwechse gen demnach über die ganze Art der Blutbe Treibkraft des Herzens, die Druckhöhe, unter sein Venen- und Lymphsystem stehen, die Sc bewegung, der Grad der Abhängigkeit der sammenziehung des Herzens von der Art spirationsdrucks etc. — lauter Verhältnisse, modifizirend auf die ganze Art der Exosmo zwischen den Kapillaren des Kindes und de in seinen Geweben, mit andern Worten: auf und Sekretion im Kinde einwirken — wäre möglich sind, von höchstem Belange.

5. Hieher gehört schliesslich in dems suchung der Eigenthümlichkeit de spiration in ihrer Beziehung auf den St bislang noch nicht vorgenommene Bestim vom Kinde der ersten Lebensze säure, sowie

6. die Untersuchung der Quantit denen Harnstoffs, würde, unter Bere menen Nahrung und ihrer durch den Darm duen etc. an jungen Säugethieren vorgenom den oben namhaft gemachten Untersuchung exakte Einsicht in die Statik des organische d. h. in das Verhältniss der Einnahmen und pers und sofort schliesslich die Kenntniss Grundlagen für seine Diätetik anbahnen.

Wird fortgesetzt.

Ueber Rubeola.

Von Dr. **Gelmo**,

Sekundararzt am St. Josef-Kinderspital in Wien.

e Rubeolae — Rötheln, Feuermasern, auch Ritteln gebilden im Systeme der acuten Ausschlagskrankheiten noch einen Streitpunkt, welcher durch irgend eine Autorität für Zeit entschieden, gleich wieder von einer anderen Seite an-n und widerlegt wird.

dem sich das Jahrbuch in seinem Programme die Förderung ionellen Kinderheilkunde zur Aufgabe stellte, so erscheint so gut am Platze, zur Beleuchtung dieser Frage einige in Anspruch zu nehmen, als über andere, wenn gleich mehr he Gegenstände, aus der Kinderheilkunde zu verhandeln; damit auch nichts Neues geschafft und gefördert wird, so as Unternehmen doch nicht ohne Verdienst, Ueberflüssiges haffen und Complicirtes zu vereinfachen.

e Rubeola wurde in der Mitte des vorigen Jahrhunderts von deutschen Schriftstellern als drittes Genus unter den ansteckenden Exanthemen dem Scharlach und den Mor-eigegeben, und später als Abart von einer dieser Haut-eiten angesehen. Sie hat sich bis auf unsere Tage, wenn e und da aus den Büchern, doch noch nicht aus der Praxis lich Abgesehen von frühern Werken besonders naturhistori-ng (Schönlein, Canstatt, Fuchs), wird sie im Kinderkrankheiten von Behrend und Hildebrand ang, pag. 72 und 74), von Dr. Tott und Dr. Paasch zur Sprache gebracht, und es erscheint daher nothwen-Erfahrungen, welche an anderen Orten und von anderen darüber gemacht wurden, zu veröffentlichen.

habe zu diesem Zwecke die Beobachtungen zusammen-dieselben über fragliche Ausschlagskrankheit in den schichten und Protokollen des St. Josef-Kinderspitales in traume von 6 Jahren vorliegen, und habe Vieles den Mittheilungen des Dr. Mayr zu verdanken. Bevor das Resultat derselben geben, wollen wir sehen, was Autoren, welche diese Hautkrankheit beschrieben, darunter und welche Beobachtungen und Schilderungen sie davon haben, um dem Leser den richtigen Standpunkt zu bezeich-welchem aus die Streitfrage ihre Lösung finden könnte.

Am häufigsten findet man die Rötheln als ein acutes, ansteckendes, von Halsbräune begleitetes Exanthem bezeichnet, das sich unter der Form hellgefärbter, unregelmässig geformter und scharf begränzter, glatter Flecke von 1—1 1/2 Linien im Durchmesser darstellt, und mit Ablösung der Oberhaut in kleineren Läppchen als beim Scharlache entscheidet.

Die Vorboten bestehen in mässigem Fieber mit meistens nicht bedeutender Bräune, wozu nicht selten catarrhalische Beschwerden, welche sich jedoch in der Regel nur auf die Augen erstrecken, gesellen. Die Eruption geht zeitig oder einige Tage nach der Entstehung des Fiebers und zwar ohne bestimmte Ordnung, meistens zuerst am Halse und an der Brust, oder auf einmal auf der ganzen Körperfläche vor sich. Es bilden sich entweder kleine rothe, nicht über der Haut erhabene, nicht scharf begränzte, mehr diffuse Fleckchen von der Grösse eines Hirsekorns, oder von einem stark gerötheten Mittelpunkte aus immer blässer werdende oder grössere, in einander fliessende Flecke von 1—1 1/2 Linien im Durchmesser, scharf begränzter zackiger Form und lebhafter flammender Farbe aus, auf welchen nicht selten, besonders bei sehr warmem Verhalten und heisser Jahreszeit, kleine mit Lymphe gefüllte Bläschen sich erheben (Heim). Die erstere Form der Flecke kommt am häufigsten vor, sie treten gewöhnlich am Gesichte und Rumpfe zahlreicher als an den Extremitäten auf, sind nicht flüchtig und verschwinden höchst selten wieder, stehen bei gelinder Krankheit einzeln, bei heftigerem Grade derselben aber gruppirt, wobei oft die Zwischenhaut ganz roth erscheint und das Aussehen des Scharlachausschlages darbietet, jedoch immer die einzelnen Röthelpunkte unterscheiden lässt. Diese gleichmässige Hautröthe tritt auch oft mit dem Ausbruche hervor, sie verschwindet jedoch in der Regel am folgenden Tage und lässt die Rötheln in ihrer eigenthümlichen Gestalt hervortreten. Nach einem Fingerdrucke wird die Haut momentan weiss, aber augenblicklich kehrt nach dem Aufheben des Fingerdruckes die Röthe zurück, und zwar von den eigentlichen Röthelpunkten aus sich verbreitend. Nach vor sich gegangener Eruption tritt ein deutlicher Nachlass sowohl in der Intensität des Fiebers, als der Halsentzündung ein.

Unter fortschreitender Abnahme der eben genannten krankhaften Erscheinungen nimmt das Exanthem nach 6 bis längstens 10 Tagen eine blässere Farbe an, verschwindet allmälig und endet meist ohne Krisen mit Ablösung der Oberhaut, die im Mittelpunkte der Flecke beginnt. Die Epidermis trennt sich zirkelförmig (Pfeuffer) in grösseren oder kleineren Hautstücken, die kleiner als beim Scharlach, aber nie kleiig wie bei Masern sind, los.

Der Charakter der Rötheln wird ebenfalls nach der Form des begleitenden Fiebers bestimmt; die gelindeste Form ist die catar-

die entzündliche und putride. — Wassersucht
:hwehe und andere Nachkrankheiten selten, und
eines bösartigen Charakters oder einer eingetre-
Verlaufe des Exanthems zum Vorscheine. — Da
.ch Scharlach, Masern und Rötheln zu ganz ver-
epidemisch vorkommen können; da die Rötheln
'iduen nicht selten befallen, die Scharlach und
erstanden hatten; da ferner aus den Rötheln fast
em Scharlach und zuweilen auch aus den Masern,
und andere bedeutende Nachkrankheiten erwach-
n mit ziemlicher Gewissheit annehmen, dass das
Grunde liegende Contagium selbstständiger Natur
eselben zwischen Scharlach und Masern in der

eibung der Krankheit, nach Heim's Vorbilde von
am Krankenbette der Kinder. Wien 1838) geliefert,
h vollständig die Ansichten und Widersprüche der-
eser Ausschlagsform eine eigene Stelle im nosologi-
eignen wollten. Die Charakteristik des Exanthems
n folgenden Punkten: 1. Fleckenausschlag
ig anginöser Erscheinungen, wie sie nur
:igen zu sein pflegen. 2. Desquamation in
hend zwischen der Abkleiung bei Mor-
lappenförmigen Hautablösung nach Scharlach.
eit von Nachkrankheiten, wie sie aus
:lach zu entspringen pflegen. 4. Gleichzeitiges
r Rötheln mit Masern und Scharlach. 5. Er-
Ausschlages an Personen, welche be-
Scharlach überstanden haben. — Die zwei ersten
n und für sich nicht im Stande sein, den Ausschlag
ndigen Form zu stempeln, abgesehen davon, dass
ng der Krankheit die verschiedensten Modifikatio-
me und der exanthematischen Formen durch-
gt, oder ihre Identität mit Scharlach anerkannt
ten drei Punkte aber würden im Falle, als sie die
iget hätte, den Rötheln schon längst ihren Platz
r beiden anderen acuten Exantheme unbestreitbar
allein die Beweise dafür liessen sich nicht auffin-
nahmen fanden in der genauen und vergleichen-
g der Ausschlags-Epidemien keine Bestätigung.
ass diese Form, die man Rötheln nannte, eben so
chkrankheiten und Complicationen begleitet war,
rlach und den Masern eigen sind, und dass sie sich
abgeschlossenen epidemischen Verbreitung erhob,
r, neben oder nachher eines der beiden andern

Exantheme, und zwar in grosser In- und Extensität, aber an anderen Individuen geherrscht hätte.

Um diesen Widersprüchen aus dem Wege zu gehen, in welche die damaligen Aerzte durch die Sucht zufällige Symptome zu Krankheiten zu erheben, gerathen waren, hat die naturhistorische Schule jüngster Zeit nach dem Ausspruche Schönlein's (dass die Rubeolae entweder eine Scarlatina mit morbillösen Krankheitserscheinungen, oder Morbillen mit scarlatinösen Symptomen seien) sich dahin entschieden, eine *Rubeola scarlatinosa* und *morbillosa* anzunehmen (Canstatt) *). Durch diese Annahme ist man zwar der selbstständigen Stellung der Rubeola nahe getreten, man hat ihr aber noch immerhin einen von den übrigen acuten Exanthemen gesonderten Platz gelassen. Um uns die Ansichten der Beobachter näher zu betrachten, ist es nothwendig, beide Arten der Rubeola in ihren charakteristischen Eigenthümlichkeiten kurz vorzuführen:

a) *Rubeola scarlatinosa*: Scharlachrötheln. Gefleckte Hautröthe; mit anginösen und catarrhalischen Krankheitserscheinungen; Verlauf, Ausgang und Folgekrankheiten des Scharlachs. Diese Art Rötheln hat man epidemisch beobachtet, jedoch so, dass man einen nahen Zusammenhang mit gleichzeitig vorkommenden Erkrankungen an Scharlach nicht hat verkennen können; diese Epidemien waren meistentheils gutartig und nicht lange dauernd. Bereits Hufeland, P. Frank und Heim betrachteten diese Art des Ausschlags nur als eine Modifikation des Scharlachs. Heim namentlich gesteht noch zu, dass bei Röthelkranken der gleiche Geruch nach faulem Käse wahrzunehmen sei, wie bei Scarlatina, und dass er mehrere Fälle gesehen, bei denen sich die anfangs gefleckte Röthe in eine gleichmässige über den ganzen Körper verbreitete, verwandelt habe.

b) *Rubeola morbillosa:* Masernrötheln. Diffuse oder confluirende Hautröthe mit vorwaltend catarrhösem Allgemeinleiden; Verlauf, Ausgang und Nachkrankheiten wie bei Masern. Besonders charakterisirt werden sie durch die Complicationen, welche bei schwereren Fällen in croupösen Entzündungen des Larynx, der Bronchien und Lungen bestehen. Die Schriftsteller (Wichmann, Behrens, Willan und Struve), welche sie beschrieben haben, gestehen jedoch zu, dass sie dieselben nicht bloss nie in solcher Ausdehnung, wie die *Rubeola scarlatinosa* beobachtet haben, son-

*) Wir wollen hier die von Canstatt noch weiter angeführten Formen: nämlich die *Rubeola variolosa*, *vaccinica*, *typhosa*, *cholerica etc.* ganz übergehen, indem es sich in diesen Fällen nur um eine rein symptomatische Hautröthe handelt, welche man gewöhnlich Roseola zu nennen pflegt.

ıh, dass sie gewöhnlich Vorboten oder Nachfolger von einer pidemie gewesen seien. Am häufigsten kommen derlei Fälle l regelmässigen Morbillen vor; sie beschränken sich jedoch heils nur auf einzelne Individuen, ohne der ganzen Epidebesonders abweichendes Bild zu verschaffen.

'den letzten Jahren liess man die Sache auf sich beruhen, lte sich mit dieser Eintheilung der Rötheln zufrieden, sei ; sich wirklich weniger Gelegenheit bot, derlei Fälle in solusdehnung zu beobachten, als zu Heim's und Hilde-.'s Zeiten, oder, dass man sich daran gewöhnt hatte, sie als ınte Spielarten des Scharlachs und der Masern passiren zu Prof. Hebra erwähnt ihrer nur beim Scharlach, als *Scarvariegata*, ohne sich weiter in eine nähere Beschreibung dereinzulassen. Ob diese Form auch epidemisch oder nur an ırrirenden Fällen erscheine, ob sich eine solche Abart auch n Morbillen vorfinde, oder ob irrthümlich auch andere Haut-ı manchmal unter diesem Namen aufgeführt werden, die Er-ng dieser Fragen lag natürlich nicht in der praktischen Ten-seiner Vorträge.

Unterdessen hat sich der Glaube an die Existenz dieses Aus-ges unter den praktischen Aerzten als Ueberlieferung erhalten vir begegnen in periodischen Schriften neuerdings Versuchen, elben wieder die verlorne Anerkennung zu verschaffen. Es iget daher noch, auch diese Beobachtungen zu prüfen, bevor ıuf die unseren übergehen.

Tott beobachtete (zu Ribnitz in Mecklenburg) die Rötheln nal epidemisch, und spricht sich gegenüber den oben angeführten chten dahin aus, dass sie nach seiner Erfahrung weder eine Abart Scharlachs noch der Masern, sondern ein besonderes Genus von fieberhaften Exanthemen bilden. Ihre Eigenthümlichkeit besteht ı ihm in der besonderen Form der gefleckten Haut-hung und in den begleitenden anginösen Erschei-ıgen; catarrhalische Symptome hat er nie in ihrer Gesellschaft ınden. Die nähere Beschreibung, welche Tott von der Haut-ıung gibt (den Flecken ähnlich, die entstehen, wenn man auf euchtetes Velinpapier, sobald es dem Trocknen wieder nahe ist, . einer in rothe Tinte getauchten Feder einen Punkt macht, der ı, immer blasser werdend, nach allen Seiten ausbreitet), ferner constante Anwesenheit anginöser Affektion, endlich die Bemer-ıg, dass er in einem Falle von Scharlach zwischen den grösse-. Scharlachflecken die charakteristischen Röthelflecke (also eine reinigung von Rubeola und Scarlatina) beobachtet habe: lassen ausser allem Zweifel, dass er nur eine Abart von Scharlach vor ı gehabt habe, jene Art, welche wir oben als *Rubeola scarlatinosa* geführt finden.

Die am angeführten Orte unmittelbar angereihten Bemerkungen über Rötheln von Dr. Paasch sind das Resultat seiner Beobachtungen von einer Rittelepidemie, welche im Frühjahre 1854 in Berlin geherrscht hat. Dieselbe bildete den Uebergang von einer ausgebreiteten Masernseuche zum epidemischen Scharlach; sie war nach demselben eine weit verbreitete, mit rothem Hautausschlage meist leicht verlaufende Krankheitsform. Nach gelindem Unwohlsein oft ohne Vorboten wurden die Kinder im Gesichte, an der Brust, dann am Rücken, an den Hüften und Oberschenkeln rothfleckig; die Flecke waren selten einzeln stehende, in ihrer Form den Masernflecken ähnliche Rippchen, oder es waren grössere, unregelmässige Flecke, welche aus dem Ineinanderfliessen einer grossen Menge dicht aneinanderstehender rother Rippchen entstanden waren; sie blieben lange, öfters noch 8 bis 10 Tage sichtbar; an den ersten Fällen, welche vorkamen, zeigte sich ausser einer Aufgedunsenheit des Gesichtes, die am 2. bis 3., später aber erst am 8. bis 10. Tage zum Vorscheine kam, nichts Besonderes; allein an den späteren Fällen liessen die begleitenden und nachfolgenden Krankheitserscheinungen (als: anginöse Beschwerden, rothe Zunge mit auffallender Entwicklung des Papillar-Apparates, Anschwellungen des Zellgewebes in der Umgebung der Parotis und der Unterkieferdrüse, Oedem der Füsse und Hände, eiweisshältiger Harn) — wohl keinen Zweifel mehr aufkommen, dass man es hier mit Scharlach (*Scarlatina variegata*) zu thun gehabt habe. Diejenigen Fälle, welche Verfasser in den detaillirten Krankengeschichten als Masern bezeichnet, sind wahrscheinlich die ersten, leichteren Scharlacherkrankungen dieser Art gewesen, weil bei keinem derselben eine später erfolgte Ansteckung durch den in nächster Umgebung herrschenden deutlich ausgesprochenen Scharlach mehr erwähnt ist. Wenn es übrigens auch wirklich Morbilli gewesen sind, so ist daran bei einem Uebergange der einen Epidemie in die andere auch nichts Absonderliches zu finden.

Nachdem wir nun in dieser Zusammenstellung fremder Anschauung und Beobachtung gesehen haben, was die Vertheidiger der selbstständigen Rubeola darunter verstanden und beschrieben, so gehen wir auf jene Erfahrungen über, welche in dieser Beziehung in Wien und speziell im St. Josef-Kinderspitale sowohl unter den Ausschlagskranken der Anstalt, als auch bei ambulanten Kranken während der Dauer von 15 Jahren gemacht wurden. Ich glaube dass diese Erfahrungen um so eher massgebend sein können, als während dieser Zeit selten ein Jahr verging, in welchem nicht ein oder das andere acute Exanthem epidemisch geherrscht hat, und als die Beobachtungen von demjenigen Standpunkte aus gemacht wurden, welchen das Studium der Hautkrankheiten in neuerer Zeit eingenommen hat.

Beobachtung. In den letzten Monaten des Jahres 1845 ,en in überwiegendem Masse neben einzelnen Scharlach- [M]orbillen, welche sich noch in die Wintermonate des Jahres ›rtpflanzten, und an deren Stelle im Sommer der Scharlach ır Zeit des Ueberganges dieser Epidemien machte man an kranken die Bemerkung, dass dieselben nach dem Ver- den der Morbillen von einem neuen Fleckenausschlage heim- ; wurden, welcher zwei bis drei Tage sichtbar war, und die :n vor Infection mit Scharlach nicht schützte. Gewöhnlich n dieser neue Ausschlag zur Zeit, als das Fieber nachge- hatte und nur noch einige catarrhöse Symptome übrig waren. ien als ob die Masern neuerdings zu blühen anfangen würden, s zeigten sich an der Brust, an den oberen und unteren Ex- iten hellrothe, flache, unregelmässige Flecke von der Grösse Linse bis zu jener eines Silbergroschens, ohne Knötchen und irgend ein lästiges Gefühl auf der Haut zu verursachen. Am n Tage bemerkte man, dass sie wieder schwanden oder con- n und eine gleichmässige mehr weniger ausgedehnte rothe e bildeten, die am dritten Tage wieder geschwunden war. ı der Ausschlag weder von einer Fieberexacerbation, noch nderen eigenthümlichen Symptomen begleitet war, keine be- re Hitze der Haut verursachte, und als sich endlich dieselbe ıng bei zwei Fällen auch den ausbrechenden Morbillen zuge- , und bei der Abschuppung nur eine kleiige Hautabschilferung ;te — so war kein Zweifel mehr, dass man es in diesen Fällen iner gewöhnlichen Hyperämie des Hautorgans unter der Form Roseola und eines Erythemes zu thun hatte, und dieses um ehr, als mehre derselben Kranken später auch vom Scharlache len wurden.

2. Im März des Jahres 1848 begann neben zahlreichen Er- kungen am Scharlach auch ein epidemisches Auftreten der ›illen sich zu zeigen, welches die kurze Dauer seines Bestehens ı Monate März bis Juli) durch die Masse gleichzeitiger Erkran- :en ersetzte. Auf der Höhe der Epidemien wurden vereinzelte : beobachtet, welche durch besonders intensive, tiefe Röthe der ce sich auszeichneten und wo am zweiten Tage nach geschehenem ›ruche stellenweises Confluiren derselben stattfand. Diese Er- nung wurde mit dem Abnehmen der Morbillen und der stärke- Ausbreitung des Scharlachs häufiger, und die Flecke begannen nach ihrem Ausbruche sich auszudehnen und in einander zu en, so dass eine oft über den ganzen Körper verbreitete Rö- g zum Vorscheine kam. Indem bei diesen Fällen neben den ·rhösen Erscheinungen entzündliche Affektionen der Mandeln Fauces nicht selten vorkamen, so glaubte man beim ersten ick oft, einen intensiven Scharlach vor sich zu haben; bei

näherer Besichtigung der Hautröthe jedoch kon oder der anderen Stelle des Körpers eine Unterbre und somit noch vollkommen erkennbare Morbil Von einem epidemischen Vorkommen dieser Fäl Rede sein, sie traten nach Zeit und Oertlichkeit nu

3. Im Frühlinge des Jahres 1849, während d die Ausschlagszimmer nie von Scharlachkranken schienen plötzlich Morbillen, welche aber nur vere und sich nach zwei Monaten vollständig verloren. trat aber gleichsam als Fortsetzung ein maculöses E heftigen Fiebererscheinungen beginnend, welches ebenfalls für nichts anderes als Morbillen hielt, bis Beobachtung der Form, des Verlaufes und der Ausg aufklärte. Es kamen während kurzer Zeit an meh gleichen Fälle vor, zwar nicht sehr häufig, jedoch von einer epidemischen Existenz des Ausschlages spr im Spitale wurden nur fünf beobachtet. Die Krankhe catarrhösen und anginösen Erscheinungen, so dass e zu entscheiden, welche eigentlich die Hauptrolle s 2.—3. Tage nach denselben erschienen am Rücken, s und im Gesichte linsengrosse Flecke, welche von e rothen Mittelpunkte ausgehend, wie verwaschen erschienen zeigten in ihrer Mitte papulöse Hervorragungen, wie die Flecke waren am Halse, am oberen Theile des den Extremitäten so dicht an einander gelagert, dass dazwischen Intervalle gesehen werden konnten; wo der Fall war, konnte man bei genauer Besichtigung be die Haut nicht die natürliche Farbe, sondern eine punktirte Röthe sehen liess, die nur durch das intensive Roth der Flecke in den Hintergrund gedrängt wurde Röthung nicht auf den Gedanken bringen konnte, hier mit Scharlach (*Scarlatina variegata*) zu thun haben zeugten bald die Zellgewebsentzündungen in der Parotis maxillargegend, die Art der Desquamation und des Hydrops (in 2 Fällen) mit Albuminurie von der Richtigkeit Annahme. Diese Ausschlagsform hatte einen bösartigeren als der gewöhnliche Scharlach. Die zuletzt beobachteten zeigten durch frühzeitige Confluenz der Flecke wieder den Über gang in die gewöhnliche Form, welche auch noch bis E besagten Jahres herrschend blieb.

4. Nach dem Aufhören der Morbillen-Epidemie im Juli des Jahres 1851 kam in der Zwischenzeit, bis wieder lachfälle auftraten, ein Exanthem häufig vor, welches macul einen sehr gelinden Verlauf zeigte und oft für Morbillen ang wurde, obgleich es auch Kinder befiel, welche in der voraus

ɔnen Epidemie die Masern schon überstanden hatten. Allein die ır theilweise Ausbreitung über den Körper, die Fieberlosigkeit, ıs Verschwinden und Wiederkehren der Flecke, so wie in einzelɔn Fällen ihre Erweiterung in mehr weniger grosse Kreise oder reissegmente — zeigten, dass man es hier mit einer Roseola zu ıun habe, die wahrscheinlich durch die Sommerhitze begünstiget urde.

5. Gegen Ende des Jahres 1853 wurden vor dem vollständiɔn Ausbruche des epidemischen Scharlachs eigenthümliche Errankungen und ein Fleckenauschlag beobachtet, welcher in vielen ällen Zweifel liess, ob man es mit einem morbillösen oder mit nem anomal auftretenden scarlatinösen Ausschlage zu thun habe. [ehre Fälle von Morbillen verliefen mit Erscheinungen, welche ur dem Scharlach eigen sind, mit Erbrechen, erythematöser Röıung der Zunge und der Fauces, Tonsillitis, ohne dass jedoch die ewöhnlichen catarrhösen Symptome fehlten; bei anderen confluirɔn die Flecke bald nach ihrem Ausbruche zu einer mehr weniger eit verbreiteten dunklen Röthe; die Folgekrankheiten hatten ıren Sitz aber durchweg in den Respirationsorganen. Von Seite es Scharlachs beobachtete man Fälle mit unvollkommenem Ausruche (einzelne bald wieder verschwindende Flecke an der Brust nd den Extremitäten), andere in der ausgeprägten Form der *Sc. ıriegata*, ohne dass sie epidemisch auftrat. Erkrankungen an Anina, Anschwellung der Ohrspeicheldrüse, Entzündung des Halsɔllgewebes, ohne Spur eines Ausschlages, gehörten damals zu den ewöhnlichen Erkrankungen. Das epidemische Auftreten des Scharıchs machte endlich diesen Zwitterfällen ein Ende.

6. Im Winter des Jahres 1857 fand von einer gutartigen charlach-Epidemie ein merkwürdiger Uebergang zu den Morbillen ;att. Diejenigen Scharlachfälle, welche gegen Ende der Epidemie uftraten, waren hinsichtlich des Exanthems nur mehr unvollkomıen ausgeprägt, es zeigten sich entweder nur einzelne handgrosse 'lecke an mehren Stellen des Körpers, oder der Ausschlag trat als *ic. variegata* auf, während die ersten Masernfälle neben den catarhösen Erscheinungen Tonsillitis, ein hochgradiges Fieber und eine ber den ganzen Körper confluirende dunkle Röthe im Gefolge atten. Bei grösserer Verbreitung der Morbillen hörten diese Anoıalien auf.

Werfen wir einen Rückblick auf diese, in der Anstalt geıachten Beobachtungen, und halten wir sie den Erfahrungen Anerer entgegen, so zeigt sich in Nr. 1 und Nr. 4 das Bild einer, owohl von den Masern, als vom Scharlach ganz verschiedenen Iautkrankheit, einer Roseola, was leicht zur Annahme einer dritten pezies Anlass geben könnte, indem das Hervorbrechen und Besteıen des Ausschlages zwischen Morbillen und Scharlach fällt,

In Nr. 2 und Nr. 6 sehen wir Fälle, welche
lein angenommenen Form der *Morbilli sub*
(*Rubeolae morbillosae*) entsprechen, oder der in d
Beschreibung (siehe oben) der zweiten Art von
sich durch ihre Ausbreitung (Confluenz) bemerkb

Nr. 3 entspricht der *Scarlatina sub forma mo*
scarlatinosae), wie sie Heim, Hufeland, Fra
ben haben, und die auch Verson in seiner *Sch*
Scharlach-Ausschlage vergleicht; nur war *ihr*
milde, als er gewöhnlich angegeben wird.

In Nr. 5 finden wir die von Paasch *in*
Beobachtungen durch die hierorts gesammelten
stätigt und die oben angebrachten Bemerkungen g

In Nr. 6 macht man überdiess die merkwürd
wie nahe an einander liegende Epidemien von Sc
sern gegenseitig modificirt werden.

Bei all' solchen Vorkommnissen handelt es
schiedensten Anomalien eines Ausschlages, welch
sten Beobachter in Ungewissheit lassen, und jede
theoretischen Deduction Hohn sprechen.

Demnach wurde in einem Zeitraume von
in der Anstalt, noch ausserhalb derselben eine e
tende Krankheitsform gesehen, welche mit dem
zu bezeichnen gewesen wäre. Wenn man bedenk
sern und wie viel Scharlach in einem Decennium
den *), wenn man die grosse Anzahl der anomalen
sichtigt, welche in den verschiedenen Epidemien b
sich zeigten, so wird es jedenfalls mehr als wah
nehmen, dass sich eine Gelegenheit hätte bieten
ein epidemisches Auftreten der Aus
Rubeola zu sehen, welche Einige als ein
Exanthem aufführen. Selbst in jenen Fällen, wo
rung der Symptome der Verlauf sich anomal gest
namentlich im Beginne mancher Epidemie, so lan
keinen bestimmten Charakter angenommen hat, o
gange einer Epidemie in die andere zu geschehen
nur kurze Zeit in Zweifel, mit welcher Krankheit
thun habe. Nie fühlte man sich in solchen Fällen
deres Merkmal bestimmt, eine dritte Sorte von e
anzunehmen, sondern nach den hierorts gemacht
reduciren sich sämmtliche Abarten der in Frage s
theme somit auf folgende drei:

*) In den ersten 10 Jahren wurden daselbst 780 Kran
410 Kranke am Scharlach behandelt.

1. *Scarlatina variegata:* Linsen- bis groschengrosse Flecke von gesättigt rother Farbe, von einem dunkelrothen Mittelpunkte ausgehend, wie verwaschen aussehend (manchmal mit einer papulösen Hervorragung in der Mitte), am dichtesten stehend am obern Theile des Körpers und an den Extremitäten; die dazwischen liegende Haut nicht von normaler Farbe, sondern mit punktirter Röthe besetzt. Das begleitende Fieber, die Angina, der Verlauf und lie Folgekrankheiten sind dieselben, wie beim einfachen Scharlach, azu kommen gewöhnlich noch die catarrhösen Entzündungen der ugenlidbindehaut, der Nasen- und Luftröhren-Schleimhaut. — ıitweise epidemisch auftretend und längere Zeit so verlaufend.

2. *Morbilli confluentes:* Unregelmässige, intensiv rothe cke, vorzüglich und zuerst im Gesichte und an den Extremitäten retend, am zweiten Tage zusammenfliessend, so dass es manchden Anschein hat, als ob die Röthe über den ganzen Körper ·eitet wäre; in den Intervallen zeigt die Haut ihre normale ·. Das begleitende Fieber, die catarrhösen Symptome und der ıf verhalten sich wie bei den einfachen Morbilli; manchmal ıtzündliche Affectionen der Mandeln und der Fauces gleichorhanden. — Meist nur an sporadischen Fällen.

Roseola: Unregelmässige, hellrothe, flache Flecke, linsilbergroschengross, ohne Knötchen, ohne Hitze der Haut, Säuglingen über den ganzen Körper verbreitet, entweder bwindend, oder zu einer gleichmässigen Röthe (Erythem) , oder sich in mehr oder weniger grosse Kreise oder Kreisrweiternd. Verlaufen fieberlos, ohne eigenthümliche und enden selten mit kleienförmiger Abschilferung. — sporadisch, und nur zeitweise an mehren Individuen in

Gesagten ergeben sich folgende Schlussfolge-

hat, besonders beim Uebergange einer Epidemie in Ausschlagsformen beobachtet, welche weder die Charlachs noch der Morbilli an sich trugen.

ind solche Fälle mit epidemischer Verbreitung vorber immer hat sich aus denselben eine Epidemie tem Charakter — Scharlach oder Masern — heraus-

zelne Fälle, als Anomalien der einen oder der andern rm verlaufend, berechtigen durchaus nicht, eine eigene Form aufzustellen.

ist unverkennbar, dass diejenigen Autoren, welche die beschrieben haben, darunter eine Roseola, eine *Scarlatina* der die französische Rougeole (Morbillen) beschrieben

5. Es ist auch in den Beobachtungen französischer Aerzte, namentlich von Rilliet und Barthez (II. Auflage, 1856), welche in ihren Beschreibungen sich in die kleinsten Details einlassen, ausdrücklich angemerkt, dass einige Aerzte neben Scharlach und Masern eine dritte Spezies, die sogenannten Rötheln, beschreiben, zu deren Annahme sie sich aber durch keine Beobachtung veranlasst finden.

6. Es ist daher kein Grund vorhanden, den Namen Rubeolae forthin beizubehalten.

ɘhandlung der Diarrhöe bei Kindern im ersten Lebensjahre.

Von Dr. **M. Schuller.**

ıe Anstalt dürfte eine solche günstige Gelegenheit bieten, ınte Krankheit bei Säuglingen zu beobachten, wie die 'indelanstalt. Wenn mir die Beobachtungen daselbst über logie dieser Krankheit keine positiven Anhaltspunkte liekonnte ich doch in erster Reihe die pathologisch-anatomiɜränderungen und in zweiter Reihe die Erfolge mehrer l studiren. Ich habe die dadurch gewonnenen Erfahrungen rivatpraxis gelegentlich zur Geltung gebracht, und ich ige die Resultate derselben hiemit zu veröffentlichen.

der ärztliche Bericht des Wiener Findelhauses nur in Händen ist, erlaube ich mir das aus dem Berichte vom 55 über diese Krankheit Verzeichnete nur in so weit mit-, als es eben das Verständniss erheischt.

elbst heisst es pag. 41 u. f.:

Heilresultate bei der Diarrhöe der Säuglinge.

Infusum Ipecacuanhae (2 Gran auf 2 Unzen) mit oder ohne ıktur (1 Tropfen) wurden behandelt:

äftige Säuglinge;	es starben	18,	geheilt	wurden	20.
hwächliche „	„	„ 23,	„	„	2.

linctus gummosus oder *Salepdecoct* nebst einer Zugabe von n diluirter Schwefelsäure wurden behandelt:

ftige Säuglinge;	es starben	4,	geheilt	wurden	2.
wächliche „	„	„ 2,	„	„	2.

linctus gummosus nebst *T. opii simpl.* (einen Tropfen für), ferner mit Stärkeklystieren wurden behandelt:

äftige Säuglinge;	es starben	5,	geheilt	wurden	4.
hwächliche „	„	„ 9,	„	„	2.

Calomel (ein Gran für den Tag) wurden behandelt:

äftige Säuglinge;	es starben	2,	geheilt	wurden	12.
hwächliche „	„	„ 5,	„	„	—

merkung. Wir haben bei dieser Zusammenstellung nur ın Fälle aufgenommen:

Wo die Diarrhöe mit keiner andern Krankheitsform comar.

b) Wo die Diarrhöe im Beginne zur Behandlung kam.

c) Die kräftigen Säuglinge saugten alle an der Mutterbrust.

d) Unter den Schwächlichen befanden sich Täuschlinge (die von der auswärtigen Pflege der Anstalt zurückgestellt wurden), die mit Kuhmilch, Mehlbrei etc. längere Zeit genährt wurden, und solche schwächliche Kinder, die an der Mutterbrust nicht saugten, denen man daher die Milch einträufeln musste.

e) Bei dem für den ersten Anblick etwas günstigeren Verhältnisse der Behandlung mit Calomel müssen folgende wichtige Momente in Anschlag gebracht werden:

α) Die Meisten der Kinder waren kräftig und die Behandlung mit Calomel wurde wegen der gleichzeitig auftretenden Gehirncongestion eingeleitet;

β) die Behandlung mit diesem Mittel fiel fast ausschliesslich in eine Zeit, wo wenige Fälle von Diarrhöe vorkamen.

Die Behandlung der Diarrhöe bei Säuglingen, über deren pathologisch-anatomischen Grund die Meinungen desshalb divergiren, weil die Leichenschau so wenig positive Anhaltspunkte gibt — und bei mehreren Monate alten Kindern — wo der fieberlosen Diarrhöe ein Follikularkatarrh zu Grunde liegt — mit Calomel allein ist eine ziemlich alte; in Deutschland wurde sie zu wiederholten Malen verlassen und wieder aufgegriffen, in England ist selbe eine allgemein übliche und in Frankreich ist sie von den Coryphäen der Pädiatrik adoptirt worden; allein die meisten damit angestellten Versuche sind zu gering an Zahl oder so wenig präcis, dass selbe dem praktischen Arzte zu wenig Anhaltspunkte geben, um am Krankenbette handeln zu können; — ich beabsichtige daher das, was ich im Jahre 1855 über die Behandlung der Diarrhöe mit Calomel nur flüchtig andeutete, näher auseinander zu setzen, die Symptome, unter denen dasselbe angezeigt ist, kurz zusammen zu stellen und die Resultate mitzutheilen, die ich bei dessen Anwendung beobachtete.

Der Begriff der Diarrhöe — so genau er schon durch das Wort selbst umschrieben ist — wird häufig nicht ganz strenge von der Dyspepsie einer- und der Cholera infantum andererseits gesondert. Die strikte Diagnose ist vor Allem nöthig, damit ein Mittel nicht sogleich in Misskredit komme.

Der Beginn der fieberlosen Diarrhöe, der sich bei Säuglingen an der Mutterbrust durch Erbrechen unveränderter oder geronnener Milch allein oder derselben mit Galle untermengt, und häufiger, copiöser, flüssiger oder wässeriger, mit unverdauter Nahrung untermengter, verschieden gefärbter, stark sauer riechender, die Umgebung des Afters röthender Entleerungen kund gibt, und wobei gleichzeitig erythematöse Stomatis, Soor und Aphten in der Mundhöhle, vermehrter oder auch verminderter Durst, Unruhe, Schlaf-

sigkeit etc. vorhanden sein kann; dieser durch die eben erwähnten und noch andere mehr unwesentliche Symptome charakterisirte Beginn der Krankheit ist die Indication für das mehrmals genannte Mittel je 3 stündlich 1/6 Gran, wobei wie von selbst verständlich die Nahrung restringirt und die Hautthätigkeit durch Wärme so viel als möglich befördert werden muss. — Wenn dieses Mittel in den ersten 24—48 Stunden nicht die gewünschte Wirkung äussert, so ist dessen weitere Anwendung ganz fruchtlos. Eben so fruchtlos ist die Anwendung dieses Mittels zu einer Zeit, wo bereits die Erscheinungen des Collapsus eingetreten, und die diarrhöischen Entleerungen wohl aufgehört, jedoch die Thätigkeit der Nieren und der Haut fast null ist. Ich habe durch fünf Jahre die Wirkungslosigkeit dieses Mittels unter den beiden letztgenannten Bedingungen in hunderten von Fällen beobachtet, und ich bin noch keineswegs in der Lage, bis jetzt über so viele Fälle zu berichten, wo ich Erfolg davon gesehen habe, da die strikte Indication nicht stets eingehalten wurde. Nicht die bei Säuglingen und mehrmonatlichen in der Zahnung begriffenen, von der Brust bereits entwöhnten Kindern mit dem Calomel erzielten Heilresultate allein haben mich zu therapeutischen Experimenten angeeifert, sondern auch gleichzeitig die Erfahrungen praktischer Aerzte mit diesem Mittel bei der zur Zeit der Choleraepidemien dieser Krankheit vorangehenden Diarrhöe — mit der die in Rede stehende Krankheit so viele Analogie hat — waren es, die mir immer mehr und mehr Vertrauen dazu einflössten.

Im Verlaufe des Jahres 1857 hatte ich Gelegenheit, dieses Mittel bei 15 gesonderten Fällen und in einem und demselben Falle zu wiederholten Malen bei Kindern zwischen dem 8—12. Lebensmonate unter der oben angegebenen Bedingung — im Beginne der Krankheit — wo flüssige oder schleimig glasartige, mit Flocken oder dem geronnenen Eiweisse ähnlicher Substanz untermengte, sehr übel riechende Stühle, Erbrechen, Tympanites, verminderte Harnsekretion, herabgesetzte Hauttemperatur etc. zugegen war — in der Privatpraxis zu versuchen. Wer die günstigen hygienischen Bedingungen, in denen das Kind bemittelter Eltern lebt — kennt, wird sich kaum wundern, dass die Erfolge der Behandlung mit Calomel sehr günstig waren. — Mehr als zwei Drittheile dieser Kinder waren bis zum 6. oder 8. Lebensmonate an der Ammen- oder Mutterbrust genährt worden, die andern waren 6—10 Wochen gesäugt und dann mit Kuhmilch genährt worden. Es ist einleuchtend, dass das Heilmittel auch in diesen Fällen von einer entsprechenden Diät unterstützt wurde. Ich kann bei dieser Gelegenheit den berechtigten Zweifel — ob allenfalls die Diät und die andern hygienischen Massregeln den Hauptantheil an dem Erfolge haben — nicht mit Stillschweigen übergehen, da ich ihn vollkommen theile;

so viel kann ich jedoch zu dessen Verscheuchung hinzufügen, dass die exspectative Methode in der Findelanstalt nur in den seltenen Fällen ausreicht *), und dass ich in fünf Fällen der Privatpraxis die Diarrhöe bei dieser Methode zunehmen sah.

Wenn, wie bereits oben gesagt, das Calomel in der angegebenen Dose und Zeit nichts nützt, — wenn nämlich die Entleerungen nicht seltener, consistenter und normal, oder grün gefärbt werden, — dann bin ich in der Wahl des Mittels eben so unsicher wie jeder Andere, der in dieser Krankheit keine Erfahrungen hat; nur folgendes mehr Negatives, was in dem mehrmals citirten Berichte hierüber angegeben ist, kann ich hier mittheilen: „Opium in den Magen oder Dickdarm — mittelst Clysma — gebracht, leistet wenig; 1—2 Tropfen der *T. opii simplicis pro die* bedingen keinen Sopor; .... der Sopor ist lediglich in dem Krankheitsprocesse begründet; ferners: die Amylum- und Salep-Klystiere haben bei der Diarrhöe der Säuglinge wenig Erfolg."

Es bleibt noch zu erwähnen übrig, was das Mittel bei der Diarrhöe solcher Kinder leistet, die nie an der Mutterbrust genährt worden sind, und bei solchen, wo die Diarrhöe eine consekutive — in Folge anderer erschöpfender Krankheiten — ist.

Bezüglich der ersten Reihe sind meine Erfahrungen in *praxi privata* zu gering, um darüber etwas Bestimmtes aussprechen zu können; die Erfahrungen in der hiesigen k. k. Findelanstalt (wie im ersten Satze *sub d*) und ferners (*sub e*) der Anmerkung angegeben ist, sprechen nicht besonders zu Gunsten dieses oder überhaupt irgend eines Mittels. — Bei den consekutiven Diarrhöen leistet das Calomel eben so wenig, als irgend ein anderes Mittel, mag dasselbe nun ein tonisches oder tonisch-adstringirendes etc. sein.

Da das Erbrechen eine Theilerscheinung der in Rede stehenden Krankheit ist, dasselbe daher bei der exspectativen Behandlung als auch beim Gebrauche der verschiedenartigsten Medikamente — so auch bei dem des Calomels — häufig auftritt, so kann dieses Krankheitssymptom keine Gegenanzeige des Calomels bilden.

Resumé:

1. Das Calomel in der Gabe $^1/_6$ *grani pro dosi* jede dritte Stunde, ist bei der fieberlosen Diarrhöe der Kinder im ersten Lebensjahre ein Heilmittel.

*) Im Jahresberichte der k. k. Findelanstalt vom Jahre 1855 ist pag. 43 folgendes hieher Bezügliches als das Resultat mehrjähriger Beobachtung verzeichnet:
„Die diarrhöischen Entleerungen können ohne Hinzuthun der Kunst — blos bei Beschränkung der Nahrung — aufhören und die Erkrankung in Genesung übergehen, oder unter soporösen Erscheinungen tödtlich enden."

2. Dieser Ausspruch gründet sich auf Erfahrungen, die vorwiegend bei Brustkindern, oder bei solchen, die früher naturgemäss — an der Mutterbrust — genährt, gemacht wurden.
3. Das Calomel in der angegebenen Dose, unterstützt von der entsprechenden Diät, ist nur im Beginne der Diarrhöe ein Heilmittel.
4. Wenn das Calomel in den ersten 24—48 Stunden keinen Erfolg hat, nützt es fernerhin nichts.
5. Die Erfahrungen, die ich weiters bei der Behandlung dieser Krankheit mit Arzneimitteln gemacht, haben nichts Positives gelehrt.
6. Ueber die Wirksamkeit des Calomels bei der Diarrhöe künstlich genährter Kinder hat die Spitalserfahrung Negatives ergeben.
7. Bei consekutiven Diarrhöen der Kinder im ersten Lebensjahre äussert das Calomel dieselbe Wirkung, wie jede andere Arznei.
8. Das Erbrechen beim Gebrauche des Calomels ist keine Gegenanzeige desselben.

Ueber Anwendung der Sonnenbäder zu Heilzwecken, insbesondere gegen gewisse chronische Krankheiten des kindlichen Alters.

Von Dr. **M. Schreber,**
Director der orthopädischen und heilgymnastischen Anstalt zu Leipzig.

Das geistige Licht, welches die Naturwissenschaften über alle Zweige des Lebens in immer weiterem Umfange ausstrahlen, hat auch manche Schattenseite der praktischen Heilkunde erhellt. Das Streben nach Vereinfachung der Heilmittel, die immer weitere Zurückführung derselben auf richtige Handhabung der allgemeinen Naturagentien ist einer der wichtigsten Gewinne, welchen die Heilkunde den Naturwissenschaften verdankt. Da vorauszusetzen ist, dass alle wissenschaftlich fortlebenden Aerzte der Gegenwart jenem naturgemässen Streben nach Vereinfachung ihres Handelns zugethan sind, so dürfte vielleicht die Anregung, welche nachstehende Zeilen bezwecken, einer weiteren Beachtung und Prüfung nicht ganz unwerth befunden werden.

Dass die jeweilige direkte Einwirkung der Sonnenstrahlen eine der Grundbedingungen alles höheren organischen Lebens ist, wird schon durch einen Blick auf die biologischen Gesetze der Pflanzenwelt, so wie auf das in den Thälern der Hochgebirge endemische Vorkommen des Cretinismus zur Genüge bewiesen. Ein so allgewaltiges Naturagens muss unter Umständen auch ein mächtiges Heilmittel sein können. Diese Folgerung liegt zu nahe, als dass ihre Richtigkeit angezweifelt werden könnte. Auch finden sich in den Schriften der alten Griechen und Römer zerstreute Andeutungen, dass eine auf Heilzwecke berechnete Benützung des Sonnenlichtes in jenen Zeiten nicht unbekannt war. Aus späteren Jahrhunderten bis auf die neueste Zeit verlautet aber wenigstens von einer ärztlich methodischen Anwendung des Sonnenlichtes nichts.

Ich habe die Sonnenbäder in verschiedenen Fällen angewendet, und zwar immer mit sichtlichem Erfolge, namentlich bei scrophulöser Dyskrasie, Atrophie und kümmerlicher Gesammt-Entwickelung ohne bestimmtes Organleiden, Anämie, bei Konstitutionen mit welkem oder auch bleich-pastösem Hautorgane, so wie örtlich als Unterstützungsmittel zur Zurückbildung torpider Geschwülste, Knochenauftreibungen u. dgl.

Ist eine dem ganzen Organismus geltende Totaleinwirkung, also ein Sonnen-Vollbad beabsichtigt, so lasse ich das Kind in einem

nach Mittag gelegenen Zimmer bei geschlossenen Fenstern so auf eine Matratze legen, dass die Sonnenstrahlen den mit Ausnahme eines leichten Kopfschutzes ganz entkleideten Körper abwechselnd von allen Seiten treffen. Bei einem nur partiellen Heilzwecke genügt die Entblössung des leidenden Theiles.

Die Dauer und Häufigkeit der Sonnenbäder muss bemessen werden nach den individuellen Verhältnissen, dem vorliegenden Zwecke, dem Grade der Reizbarkeit des Hautnervensystemes und ganz vorzüglich nach dem Stande der Sonne. Wenn auch die Wintersonne nicht wirkungslos ist, so verlangt sie doch eine viel längere Dauer der Einwirkung, und die künstliche Zimmererwärmung muss bei einem Vollbade mindestens + 18° R. haben. Am wirksamsten sind diese Bäder in unserer Zone vom März an bis Mitte Oktober. Auf der Höhe des Sommers wird die entsprechende Dauer eines solchen Bades zwischen 10 und 30 Minuten variiren. Selbst bei sehr torpider Haut wird man darüber nicht hinausgehen dürfen, wenn man das Insolations-Erythem vermeiden will, das zwar auf einige kühlende Fomentationen verschwindet, doch aber immer ein paar Tage Unterbrechung nothwendig macht. Solcher Bäder kann man täglich eines oder zwei, in sonnenarmen Jahren auch drei in den Stunden zwischen 9 und 4 vornehmen. Nur müssen sie über einen langen Zeitraum beharrlich fortgeführt werden.

Dass die sanfte, aber andauernde Belebung des peripherischen Nervensystemes, wie sie mit dem Gebrauche der Sonnenbäder verbunden ist, von eingreifender physiologischer und sonach unter Umständen auch therapeutischer Bedeutung ist, kann wohl als feststehend betrachtet werden. Wenn wir auch auf dem derzeitigen Standpunkte der Physiologie eine exakte Theorie der Wirkung der Sonnenbäder, d. h. aller der durch das peripherische Nervensystem vermittelten Folgewirkungen auf den gesammten Lebensprozess, zu geben nicht im Stande sind, so wird dies doch für den praktischen Arzt kein Hinderniss sein, die allgemeinen Indicationen und Contraindicationen dieses Heilmittels festzustellen. Es leuchtet ein: dass die Sonnenbäder in allen solchen Fällen von mehr oder weniger zweckdienlicher Wirkung sein werden, wo der Lebensprozess unter dem normalen Niveau befindlich ist, also in den verschiedenartigsten krankhaften Schwächezuständen, Lähmungen (besonders peripherischen) etc. jedes Lebensalters, so lange überhaupt noch die Möglichkeit einer umbildenden Einwirkung vorhanden ist; dass dagegen ihr Gebrauch gänzlich ausgeschlossen bleiben muss überall da, wo eine krankhafte Erhöhung des Lebensprozesses (fieberhafter, entzündlicher Zustand) vorhanden ist.

Wie bemerkt, sind die Versuche, welche ich mit der methodi- Anwendung der Sonnenbäder seit längerer Zeit in geeigneten gemacht habe, durchaus von so günstigen Resultaten be-

gleitet gewesen, dass ich mich zu fernerer Fortsetzung veranlasst fühle. Jedoch ist ihre Zahl keineswegs ausreicl gegen das bekanntlich so leicht blendende *„post hoc erg hoc"* gesichert zu sein, noch weniger ausreichend, um z auch nur einigermassen befriedigenden Abschlusse des Urtl gelangen. Der Zweck dieser Zeilen ist daher kein anderer die Collegen in weiteren Kreisen zu ähnlichen Versuchen i neten Fällen zu veranlassen, um so vielleicht mit der Zei stimmten und allgemein giltigen Resultaten zu gelangen.

Beobachtungen aus dem St. Josef-Kinderspitale.

I.

Resultate der Heilversuche, welche mit Pepsin an Kindern gemacht wurden.

A. Versuche mit Pepsin-Molke.

Im verflossenen Frühjahre 1857, als gerade eine grössere Anzahl von Bronchocatarrhen, Tuberculosen und Lungenentzündungen nach Morbillen sich in der Anstalt befanden, liess Dr. Lamatsch denjenigen Kranken, wo die Darreichung von Molke angezeigt erschien, dieselbe auf seine eigene Kosten durch längere Zeit verabreichen. Die Molke, welche vermittelst Zusatz von Pepsin bereitet worden war *), sollte nach der Ansicht des Erzeugers und Spenders ausser den gewöhnlichen Eigenschaften des Getränkes auch noch eine besondere, die Verdauung befördernde Wirkung äussern, welche von dem überschüssigen, zur Milchzersetzung nicht mehr verbrauchten Pepsingehalte herzuleiten wäre. Obgleich sich die Bereitungsweise von der, besonders auf dem Lande gebräuchlichen, nämlich vermittelst Zusatz eines getrockneten Stückes vom Laabmagen, nicht unterscheidet, so wird doch das Produkt sowohl nach seinem Ansehen als auch nach Consistenz und Geschmack ein anderes. Die Ursache liegt entweder in der geringen Quantität des dazu verwendeten Pepsins, oder in dem niederen Temperatursgrade, bei welchem die Milch in Gerinnung gebracht wird, wobei keine vollständige Trennung des Käsestoffes von dem Milchwasser erzielt wird, und das Gleiche kann also auch mit anderen, Gerinnung bewirkenden Zusätzen bewerkstelliget werden. Eine solche Molke ist trübe, von einer in's Gelbe spielenden Farbe, süss und angenehm. Wegen der fein zertheilten, nicht festgeronnenen suspendirten Caseinbestandtheile ist sie der Verdauung und Ernäh-

*) Eine Mass Milch gerinnt bei Zusatz einer Messerspitze voll des Pepsinpulvers (zehn Gran Pepsin mit zwei Drachmen Milchzucker versetzt) bei einer Temperatur von 30—35° R. in kurzer Zeit. Die so gebrochene Milch wird leicht durchgeseiht verabreicht, und führt daher den Namen Molke (Käsewasser) mit Unrecht.

rung zuträglicher und dem Kranken gewiss nützlicher, als das gewöhnlich dargereichte Käsewasser.

Als wir diese Pepsin-Molke in unserer Anstalt in Gebrauch zogen, hatten wir keinen anderen als nur einen diätetischen Zweck im Auge, nnd waren gerne bereit diese einseitige Auffassung den sich etwa ergebenden therapeutischen Erfolgen zu opfern. Die Zeit der Anwendung umfasste April, Mai, Juni, die für eine Molkenkur gepriesensten Monate. Wir begannen damit, dieselbe solchen Kindern zu verabreichen, welche in Folge der Pneumonie oder *Bronchitis post Morbillos*, so wie nach Pertussis noch an krankhafter Affection der Athmungsorgane litten, sich aber bereits auf dem Wege der Convalescenz befanden. Jedes Kind bekam täglich 1 Seitel Molke, wovon die erste Hälfte Vormittags, die zweite Nachmittags gereicht wurde. Als wir die Ueberzeugung gewonnen hatten, dass sie von diesen Kindern in der Mehrzahl gern genommen und gut vertragen werde, versuchten wir sie auch an fünf Fällen schwerer Erkrankung (nämlich: *Bronchitis post Morbillos*; *Pneumonia subsequis Morbillis*; *1 Tuberculosis glandularum*, *2 Tuberculosis pulmonum*). Die Resultate der Beobachtungen können in folgende Punkte zusammengefasst werden:

1. Die grösseren Kinder (von 3—6 Jahren) und diejenigen, welche nicht mehr das Bett hüten mussten, haben die Molke durchschnittlich gut vertragen, es zeigte sich keine Abnahme der Esslust und sie nahmen die dargereichte Portion jedesmal mit Behagen. Dagegen kleinere Kinder und manche von den grösseren, die im Bette gehalten wurden, erbrachen oft die Molke wieder, selbst wenn sie in kleineren Gaben gegeben wurde. In diesem Falle konnte dieselbe nur mit Widerstreben oder auch gar nicht wieder beigebracht werden;

2. gewöhnlich wurde diejenige Molke, bei welcher der nauseose Geschmack nach dem beigesetzten Präparate vorstach, wieder erbrochen;

3. es haben sich bei den in der Genesung begriffenen Patienten keine besondern, auf die schnellere Ernährung hinweisende Fortschritte ergeben, welche man bei einer anderen Ernährungsweise nicht ebenfalls beobachtet haben würde;

4. die Kranken haben dieselbe schwerer vertragen und auch minder gerne genommen, als die reine Kuhmilch;

5. Heilwirkungen, wie man sonst von der Molke bei Bronchocatarrhen besonders im Gefolge der Tuberculose erwartet, wurden nicht wahrgenommen;

6. sollte jedoch überhaupt in der Kinderpraxis sich eine Anzeige zur Anwendung der Molke ergeben, so würde diese (auf oben angegebene Weise ohne Pepsin-Beigeschmack bereitete) dennoch zuträglicher sein, als das gewöhnliche *Serum lactis*.

B. Versuche mit Pepsin.

Diese wurden ebenfalls mit dem Präparate des Dr. Lamatsch, welches wir von ihm selbst entweder in versiegelten Fläschchen oder in Pulver abgetheilt erhielten, vorgenommen. Ein paar Versuche, welche gemacht wurden, dasselbe in Kapseln zu verabreichen, nöthigten uns von diesem Verfahren abzustehen, denn entweder waren dieselben kleinen Kindern unmöglich beizubringen, oder wurden bei starker Diarrhöe fast unversehrt wieder durch den Stuhlgang ausgeschieden. — Jedes der bereits eingetheilten Pulver enthielt 3 Gran des Präparats ohne andere Beimischung, d. h. ohne Zucker, und wenn daher von einer Dosis gesprochen wird, so ist darunter die Gabe von 3 Gran des Lamatsch'schen Präparates zu verstehen. — Binnen 24 Stunden wurden einem Kinde 2—3 Dosen gegeben, jedesmal unmittelbar vor dem Saugen oder Essen, mit Milch oder Wasser angerührt; nur Säuglingen in den ersten Wochen oder solchen Kindern, welche die erste Gabe erbrachen, wurde jedesmal bloss die halbe Dosis verabreicht.

Unter Kindern ist es nicht schwer, die geeigneten Fälle zur Erprobung dieses Mittels aufzufinden, und wir wählten dazu durchschnittlich rein ausgesprochene Fälle von Dyspepsie, besonders gerne bei Kindern, welche an der Brust genährt wurden; fanden sich ausserdem noch complicirende Affectionen, so contraindicirten nur solche, welche in keinem ursächlichen Verbande mit der Dyspepsie standen, die Anwendung des Mittels.

Wir werden nun die Versuchs-Objecte und die dabei erhaltenen Wirkungen in möglichster Kürze vorführen:

1. St. Anna, 15 Monate, schwächlich; wegen unpassender Nahrung dyspeptische Zufälle. Das Präparat wurde bei jedesmaligem Versuche wieder ausgebrochen.

2. R. Balthasar, 4 Jahre, abgemagert, Magen- und Darmcatarrh; täglich vielmaliges Erbrechen und Abführen unverdauter Stoffe. Im Verlaufe von 6 Tagen wurden 6 Dosen gereicht; kein Erfolg.

3. B. Karl, 9 Monate, seit 2 Monaten entwöhnt; *Dyspepsia cum Rhachitide*. Die erste Dosis ohne Erfolg.

4. N. Karl, 2 Jahre, rhachitisches Kind mit Drüsenschwellung; Dyspepsie seit einigen Tagen, Diarrhöe; erste und zweite Dosis änderte nichts; nach der sechsten hatte die Diarrhöe nachgelassen; Appetit gut. Die Diarrhöe kehrte aber bald wieder und das Pepsin musste mit einem Opiate vertauscht werden; daher theilweiser Erfolg.

5. D. Johann, 4 Monate, Säugling, wohl genährt; dyspeptische Erscheinungen seit einer Woche. Das Erbrechen wich nach der zweiten, die Diarrhöe nach der dritten Gabe. Erfolg gut.

6. B. Josefa, 14 Tage alt, künstlich genährt, schwächlich; seit 2 Tagen *Enterocatarrhus* mit Erbrechen und Durchfall; nach

der zweiten Dosis Besserung, Aufhören des Erl
fünften verloren sich die grüngefärbten Stuhlg
wurden 7 Dosen innerhalb 7 Tagen verabreicht.

7. V. Marie, 1 Monat, gut genährt; dyspe
ihrer Geburt; nimmt seit einem Tage die Brus
Erfolg.

8. L. Leopold, 7 Monate, seit 3 Wochen
mässig genährt; Appetitlosigkeit nach überstand
falle. 4 Dosen innerhalb 8 Tagen. Erfolg gut.

9. H. Josefa, 8 Monate, Säugling, mittelmä
4 Tagen *Gastro- et Enterocatarrhus*; nach der zw
lass des Erbrechens und Minderung der Stuhlgä
weise.

10. N. Wilhelm, 3 Monate, künstlich genäh
heftige Kolik mit grünen Stuhlgängen. 4 Dosen
folg; es musste mit einem Opiate nachgeholfen werd

11. Sch. Johann, 7 Wochen, künstlich ernäh
Dyspepsie schon lange bestehend; seit 4 Tagen Ko
der Diarrhöe. Erfolg theilweise.

12. N. Ferdinand, 4 Monate, künstlich ernährt
seit einigen Tagen Appetitlosigkeit mit öfterem Erl
nossenen Milch. Besserung nach der zweiten Dosis
auch später noch an. Erfolg gut.

13. H. Rudolf, 3 Monate, Säugling; seit 8 T
halbverdauter Stoffe mit Kolikanfällen; nach 4
der häufigen Diarrhöen. Erfolg zweifelhaft.

14. B. Juliana, 14 Tage, mager, künstlich ern
des Erbrechen und Abführen halbverdauter Stoffe;
erfolgte der Tod. Kein Erfolg.

15. B. Barbara, 5 Wochen alt, künstliche Ernä
anhaltende Dyspepsie, häufiges Erbrechen bei hart
4 Dosen wurden gereicht ohne Erfolg.

16. Sch. Julian, 6 Monate, gut aussehend bei
nährung; seit 2 Wochen Verdauungsbeschwerden
lästigem Erbrechen. Nach der dritten Dosis liess
es stellte sich aber Diarrhöe ein; daher Erfolg zwei

17. Kl. Elise, 5 Monate, an der Brust, erhält
Kuhmilch; Aussehen gut; seit einigen Tagen dysp
gänge, welche nach der zweiten Dosis nachliessen.

18. Gr. Josef, 8 Monate, stark, an der Mutterl
losigkeit nach einem fieberhaften Catarrh; nach de
am dritten Tage trat eine merkliche Besserung ei
Erfolg.

Fragen wir nun nach dem Ergebnisse dieser
welche *sine studio et ira* angestellt und beobachtet w

wir in Nr. 1 ein Scheitern des Versuches, in Nr. 5, 6, 8, 12 einen guten, in Nr. 4, 9, 11, 13, 16, 18 einen theilweisen oder zweifelhaften, in Nr. 2, 3, 7, 10, 14, 15 keinen Erfolg des Mittels. Ohne Rücksicht auf die 6 Fälle, wo der Erfolg nur theilweise oder selbst zweifelhaft war, ergibt sich ein Mehr der negativen Resultate um 2, und wir können, wohlbekannt mit den tausend Schwierigkeiten, welche sich Heilversuchen dieser Art entgegenstellen, und den vielerlei Einflüssen, wovon der günstige Erfolg derselben bedingt wird, demnach sagen: dass die Heilwirkung des verwendeten Pepsin-Präparates bei Dyspepsie und den damit zusammenhängenden Leiden der Kinder sich nach den bisher gemachten Versuchen nicht constatiren lasse.

Man könnte erwidern, dass ein Mittel, welches in 4 Fällen einen günstigen Erfolg bewährte, nicht so ohne Weiteres ungünstig abzuurtheilen sei, worauf wir bemerken müssen, dass dyspeptische Zufälle namentlich bei Säuglingen oder als Folgeübel abgelaufener Erkrankungen sich oft plötzlich, ohne dass Medicamente gereicht werden, und ohne bekannte Ursache heben können; dass namentlich in solchen Fällen, wo die Dyspepsie erst seit ein paar Tagen besteht, häufig wider Erwartung eine Naturheilung erfolgt, ohne dass irgend etwas angewendet worden wäre. Es ist somit wohl keine Unwahrscheinlichkeit, dass besagte Fälle unter 18, 4 Mal eintreten können. Wohnt dem Pepsin wirklich jene Kraft inne, dass es die Eiweissgerinnung im Magen nicht bloss befördert, sondern auch die Resorption erleichtert, und dadurch ein wahres Ersatzmittel des durch die Lebensthätigkeit der Magenschleimhaut abgesonderten Verdauungssaftes bildet: so hätte das gereichte Mittel wenigstens in $^2/_3$ der gegebenen Fälle ein auffallend günstiges Resultat, und zwar bald nach Darreichung der ersten Dosen hervorbringen müssen.

Es entsteht überhaupt die Frage, ob das Mittel, in einen kranken Magen gebracht, jene therapeutischen Erfolge habe, welche man vermög physiologischer, künstlich angestellter Experimente davon zu erwarten berechtiget scheint? Wenn es auch möglich ist, mit diesem Präparate innerhalb bestimmter Zeit und unter gehöriger Temperatur mit Zusatz von Salzsäure eine bestimmte Quantität zerstückelten Eiweisses zu zersetzen, so folgt daraus noch nicht mit Bestimmtheit, dass in den krankhaft affizirten Verdauungsorganen auch diese entsprechenden Bedingungen vorhanden seien. Wenn man bei solchen Patienten neben Pepsin auch noch Salzsäure verabreicht, wie es zur Vervollständigung der künstlichen Verdauung angerathen wurde und auch mit Erfolg geschehen sein soll, so fragt es sich am Ende, ob das erhaltene Resultat nicht vielmehr der dargereichten Säure, als der geringen

Quantität Pepsin zuzuschreiben sei, und dieses um meisten Arten von Appetitmangel, Verdauungsstör pepsien auf eine catarrhöse Affection der Magens zurückführen lassen, bei welcher sich die Anwenc sehr gut verträgt. Man bedenke ferner, dass in ein die Secretion der Krankheit entsprechend alienir Resorptionsfähigkeit anomal sein könne, und dass da die durch Pepsin beförderte Lösung der Eiweissst Krankheit die Thätigkeit der Magenwände verminde hoben sein könne, dieselben wenn auch künstlich ve aufzunehmen. Wenn es sich somit bloss um die Lö haltiger Nahrung handelt, so scheint es, statt der kü leitenden Verdauung, viel einfacher zu sein, jene Stoff in einem bereits gelösten Zustande zuzuführen.

Der Vollständigkeit halber fügen wir hier auch der mikroskopischen Untersuchungen des Präparate Prof. Wedl vorgenommen hat. (Commissionsbericht Dr. Lamatsch dargestellte Pepsin, erstattet der schaft der Aerzte in der Sitzung vom 11. Dez. 1857 winsky.) Nach Dr. Wedl besteht der Hauptbe des Präparates in dem ausgequetschten Parenchy gendrüsen. Mit Wasser befeuchtet, zeigt es ganze Zellen. Die benannten Drüsenzellen sind verschrump zerfallen und haben eine schmutzig gelbe, in mehrfach übereinander gelagert, eine gelb bräunliche Färbun somit das Präparat auf mechanischem Wege, durch des Magendrüsen-Parenchyms, bereitet worden ist, so lich, dass es auch eine grosse Menge Schleimst enthält, welcher sich bei Zusatz von Essigsäure i fadenziehende Masse verwandelt. — Die vorgefunde reinigungen sind nach Dr. Wedl nicht bloss sondern auch schädlich; hieher gehören: 1. pflanz reste, welche vom genommenen Futter herrühren, 2. Pil 3. Quarztheile, und Dr. Lewinsky sah auch ein welches Dr. Wedl als dem Magen eines Schwein erkannte. Ausserdem fand Dr. Wedl bei seinen zu Malen angestellten Untersuchungen eine besondere selbst dem frischen Präparate beigemischt, welche er näher bestimmt und über deren Keimungsfähigkei und den daraus resultirenden schädlichen Folgen er endgiltigen Schluss erlaubt.

In dem Präparate, welches im Spitale zu Versu det wurde, befand sich somit ausser diesen Verunrei eine geringe Menge Pepsin, und es ist dah gerathen, wenn man noch weitere Experimente mit

anzustellen gesonnen ist, sich ein so viel möglich chemisch reines Präparat zu verschaffen, nicht bloss aus dem Grunde, um zu einem sicheren Resultate zu gelangen, sondern auch aus Menschlichkeitsrücksichten, damit man nicht möglicher Weise mit den verunreinenden Stoffen in dem Grade Schaden stifte, als man von dem Mittel Gutes erwartet. — Diejenigen Präparate, welche aus Frankreich und der Merk'schen Fabrik in Handel gebracht werden, enthalten zwar nach Prof. Schroff obige Verunreinigungen nicht, sind aber mit einer bedeutenden Menge beigesetzten Stärkemehls versehen, was zu dem Zwecke geschehen soll, um das Pepsin vor Fäulniss zu sichern, und ein stets gleichmässiges Präparat zu erhalten.

II.

Bemerkenswerther Fall einer **Pneumonia metastatica** (*post Morbillos*).

Sch . . . Paul, 2 Jahre alt, hatte zu Hause die Masern überstanden und wurde 8 Tage später am 22. Juni d. J. wegen eines anhaltenden Fiebers mit heftigen Hustenanfällen und grosser Athemnoth in das Kinderspital zur Aufnahme gebracht. Bei der Untersuchung ergab sich folgender Status: Der Knabe war schwächlich gebaut, in der körperlichen Entwicklung zurückgeblieben; die vordere Fontanelle nicht völlig geschlossen, die Dimensionen des Schädels durchgehends vergrössert, das Haupthaar blond und spärlich, die Hautfarbe livid, im Gesichte im geringen Grade cyanotisch. Der Hals kurz, die oberflächlichen Venen turgescirend, der Thorax zeigte eine leichte Compression von den Seiten her. Die Respiration war sehr erschwert, bei jeder Inspiration erfolgte ein sichtliches Einziehen der Anheftungspunkte des Zwerchfells. Der Percussionsschall war vorne rechts bis zur sechsten Rippe hell und voll, links reichte der weniger helle und weniger volle Percussions-Schall bis zur dritten Rippe. Rückwärts war der Percussions-Schall rechts etwas tympanitisch, links in der obern Parthie ebenfalls tympanitisch, von der Mitte der Scapula an nach abwärts gedämpft und leer. Die Auscultation ergab vorne lautes Schleimrasseln, während rückwärts entsprechend der Dämpfung bronchiales Athmen, und consonirende Rasselgeräusche hörbar waren. Die Herztöne waren rein. Der Unterleib war bedeutend aufgetrieben, durch Gasansammlung in den Gedärmen, die oberflächlichen Hautvenen bläulich durchschimmernd, …d ausgedehnt. Der Knabe war äusserst unruhig, mit Mühe nach …t ringend, von häufigen und heftigen Hustenanfällen gequält. Radialpuls zählte 130 Schläge in der Minute; die Hauttempe-

ratur war erhöht, die Haut trocken, spröde.
keine Störungen von Seite des Nervensystem

Die Diagnose lautete demnach: *Pne billos.* Die eingeleitete Therapie bestanc eines *Linctus emeticus*, um der Ueberfüllung die angesammelten Secrete und der drohend pnoë entgegen zu wirken. Es erfolgte jedocl von *Tart. emet. gr. j* weder Erbrechen, noch und am andern Tage war der Meteorismus v dyspnoïschen Anfälle häufiger und der Puls kle geworden, wesshalb man zur Anwendung de in 2 ℥ *Mixt. oleos.* subigirt) schritt; nebenbei *in refracta dosi* fortgesetzt. — Am 24. Juni Schall über der rechten Lunge tympanitisch un blasiges Rasseln zu hören. Die Dyspnoë wai gradig; jedesmal nach der Verabreichung des I vorübergehende Aufregung der Herzthätigkeit, Heben des schwachgewordenen Pulses, Erhöl peratur und darauffolgenden Ausbruch des Sch — In den darauffolgenden 8 Tagen blieb sicl Kranken ziemlich gleich; die dyspnoïschen A sich häufiger bei Tage, als in der Nacht, das Fie lich, der Durst gross, Esslust fehlend. Der Unte achtet wiederholt angewandter Klystiere, stark au mehrte durch das Hinaufdrängen des Zwerchfe des Kranken wesentlich. Der Kampfer bewährte aufregende Wirkung, obwohl dieselbe noch weni als in den ersten Tagen. — Am 2. Juli wurde, keren Anhäufung der Secrete in den Luftweger reicht, welches wiederholte Stuhlentleerungen her Verminderung des Meteorismus einige Erleichte noth bewirkte. — Im weitern Verlaufe der Kra magerung und das Sinken der Kräfte immer deut Fieber und die dyspnoïschen Anfälle remittirten k den nach Mitternacht, letztere steigerten sich ab der Suffocation; die Erscheinungen der Percussic tion waren dieselben geblieben, eine vollständig Percussions-Schalles konnte in der letzten Zeit an Lungen nachgewiesen werden. Am 13. Juli erfolg dass Gehirnerscheinungen aufgetreten waren.

Die Section ergab folgenden Befund der Schleimhaut der Bronchien war von der zweiten in ihre feinsten Verzweigungen gewulstet, mis croupösem Exsudate bekleidet; die Bronchi erweitert. In beiden Lungen waren zahlreich lob

sationen, welche insbesondere nahe an der Oberfläche der Lungen, mit einer Unzahl von hanfkorn- bis haselnussgrossen Cavernen (Eiterhölen) durchsetzt waren. Letztere waren mit Eiter gefüllt, communicirten mit den erweiterten Bronchialzweigen, und waren von infiltrirtem Lungenparenchym umgeben. Die Bronchialdrüsen waren geschwellt, mit einer graugelben, käsigen Masse infiltrirt. — In der Milz fanden sich einzelne zerstreute Tuberkeln. — Alle übrigen Organe des Körpers boten keine pathologischen Erscheinungen dar.

Um die ganze Eigenthümlichkeit dieser Lungenerkrankung, (welche unter den vielen Sectionen, die seit 16 Jahren an den nach Masern verstorbenen Kindern in der Anstalt gemacht worden sind, das einzige Beispiel dieser Art ist,) richtig aufzufassen und in den gehörigen Zusammenhang mit der zu Grunde liegenden Hauptkrankheit zu bringen, ist es unerlässlich, Einiges über den besonderen Charakter jener Lungenentzündungen vorauszuschicken, welche die Morbillen zu begleiten oder ihnen nachzufolgen pflegen.

Die Ansteckung durch das morbillöse Contagium ist mit einer besonderen Neigung der Blutmasse verbunden, auf den Flächen der Schleimhäute croupöse Exsudate abzusetzen; daher das häufige Vorkommen croupöser Prozesse an der Mund- und Rachenschleimhaut, das Auftreten des Laryngealcroupes und ähnlicher, obgleich viel seltener beobachteter Erkrankungen des Darmrohres. Der gleiche Vorgang liegt nun auch jenen Pneumonien zu Grunde, welche auf Morbillen folgen, und deren eigenthümlicher Verlauf, und häufig unglücklicher Ausgang sattsam bekannt ist. In diesen Fällen geschieht nun die Ablagerung des croupösen Exsudates auf die Mucosa der Bronchien in einer grösseren Ausdehnung und die Folge davon ist die lobäre Pneumonie; oder dieselbe findet nur stellenweise und zwar in den kleinsten Bronchialästen statt, wodurch der Grund zur lobulären Lungenentzündung gelegt wird. Die Bronchialschleimhaut ist in beiden Fällen hochroth, oder bläulich roth gefärbt, und von diesen Stellen scheint sich die Exsudation erst in die Lungenzellen fortzusetzen. Für unseren gegenwärtigen Fall ist es von besonderem Interesse, letzteren Vorgang, nämlich den Beginn und Verlauf der lobulären morbillösen Pneumonie zu kennen. Die lobulären Herde bilden sich jedesmal schon zur Zeit des noch vorhandenen Ausschlages, wo die croupösen Ausscheidungen einzutreten pflegen, und protrahiren auf diese Weise, indem die Exsudate nicht abgelöst und ausgeschieden werden, die Krankheit; sie sind vorzüglich Kindern eigen, welche an ...itären oder zerstreuten Lungentuberkeln oder an Tuberculose der Bronchialdrüsen leiden, letzteres ist auch in unserem Krank-

heitsfälle beobachtet worden. Diese lobulären He
rundlichen, meist kleineren infiltrirten Lungenpart
variirt von der Grösse eines Hanfkornes bis zu jene
sie sind beim Betasten des Lungengewebes durch
zu entdecken; und sinken aus dem umgebenden
oder ödematösen Gewebe losgelöst, im Wasser
sich vorzüglich häufig an den Rändern und gege
der Lungen. Seltener bestehen dieselben in harten,
gen, welche der Verzweigung einzelner Bronchialä
nach verschiedenen Richtungen verzweigen, sie
nichts Anderes als luftleeres, hepatisirtes Lungenge
befinden sich meistens an den grössern Bronchien in
Lungensubstanz. Unter diesen zwei Formen beoba
gewöhnlich die morbillöse lobuläre Pneumonie bei F
ist daher von der lobulären Lungenentzündung Erw
genmetastase) bedeutend verschieden. Eine weitere
keit dieser Folgekrankheit der Morbillen zum U
lobulären Pneumonien, welche im Gefolge ander
z. B. des Typhus oder der Pertussis entstehen, ist i
zu suchen, dass das gesetzte Exsudat sehr bal
fällt, so dass die hepatisirten Stellen sich in ihr
fange im dritten Stadium, der sogenannten grauen
finden, oder die rothhepatisirten Parthien in vers
tungen von grau hepatisirten Streifen, wie von
durchzogen sind.

Dieses vorausgeschickt, ist der Schlüssel zur
Sectionsbefundes in unserem vorliegenden Falle l
Es fanden sich nämlich in den Bronchien alle Anze
wesenen Entzündung der Schleimhaut, nämlich I
langer Dauer schmutzig - missfärbig und Auflocke
Anhäufung croupösen Exsudates bis in die kleinst
gen der Bronchien, mit stellenweiser Erweiterun
Aeste. Wir haben daher dasjenige Bild der crou
vor uns, welches wir oben als Folgekrankheit de
zeichnet haben, und welche in dem fraglichen Fall
lobulärer Pneumonie geführt hat.

Wir finden ferner, dass die Eitersäcke (Ca
sich in so grosser Anzahl vorfanden, gerade denje
sprachen, welche ursprünglich lobulär hepatisirt w
gen erschienen sie in so grosser Menge an der Ober
und entsprechend dem Verlaufe von Bronchien im I
deswegen communicirten sie mit den Luftröhrenäs
stellenweise noch von hepatisirtem Lungengewebe

Es ist daher im gegebenen Falle die eiterige
Exsudates in solchem Grade und in solcher Aus

dass sich statt eiteriger Infiltration der entzündeten Lungenparthien (grauer Hepatisation), mehr weniger grosse Eiterherde bildeten, wie wir dieses wohl bei lobulärer Pneumonie der Erwachsenen in Folge von Metastasen, aber bisher nicht bei Kindern nach Masern, beobachtet haben.

Der Verlauf der Krankheit, wie derselbe in der obigen Krankengeschichte, aufgeführt ist, entspricht ganz jenem einer Pneumonie *post morbillos* von bedeutender Ausdehnung. Aus den ausgebreiteten Rasselgeräuschen, aus der Athemnoth und den cyanotischen Erscheinungen war anzunehmen, dass nicht bloss jene Lungenparthie, wo leerer Percussions-Schall sich vorfand, sondern auch noch die übrigen Lappen wegen Gegenwart lobulärer Herde, zur Athmung grösstentheils unbrauchbar waren; jedoch auf die Gegenwart von Eitermetastasen wurden wir durch keine Anzeichen geführt, wenn man nicht etwa die von Zeit zu Zeit eintretenden auffallenden Paroxysmen des Fiebers hieher rechnen will, welche sich aber auch bei lobulären Pneumonien wenn auch nicht in diesem Grade vorfinden können.

Dieselben traten mit bedeutendem Verfall der Kräfte, mit gesteigerter Cyanose, Kaltwerden der Extremitäten und Sinken des Pulses auf, worauf nach 6—8 Stunden wieder bedeutende Hitze im Gesichte und am übrigen Körper, Steigerung der Pulsfrequenz und Schweissausbruch sich einzustellen pflegte, welch letztere Erscheinungen wir wahrscheinlich irrthümlich der Wirkung des Kampfers zugeschrieben haben.

Dass übrigens die Eiterdepots sich nach und nach, und zwar in grösseren Zwischenräumen gebildet haben müssen, bezeugt die grosse Anzahl dieser Paroxysmen und die lange Dauer der Krankheit, welche sich nämlich vom 22. Juni bis 13. Juli, also über drei Wochen, erstreckte.

Analecten.

Zweckmässiges Verfahren zur Verbesserung der Kuhmilch, von Hofrath Dr. Gumprecht. (Journal für Kinderkrankheiten 1857. 3, 4.) Um die Kuhmilch leichter verdaulich zu machen, räth G. dieselbe mit einer kleinen Menge Kochsalz zu versetzen. Die Quantität des letztern richtet sich nach dem Alter des Kindes; ein bis zwei und für ältere Kinder sogar drei Messerspitzen voll Kochsalz zu einer Tasse Milch. Die frische Milch darf nach dem Zusatze von Kochsalz nicht lange aufbewahrt werden, weil die leicht freiwerdende Salzsäure das Gerinnen derselben begünstigt. Desshalb lässt G. die Kuhmilch zuerst abkochen, dann abrahmen, etwas Milchzucker und die entsprechende Menge Kochsalz zusetzen. — Auf ähnliche Weise kann die Milch auch für Erwachsene leichter genussbar und verdaulich gemacht werden; man braucht nur die kochend heisse Milch mit gepulvertem Zimmt aufzugiessen, und Kochsalz und gestossenen Zucker hinzuzusetzen, um sie pikant und wohlschmeckend zu machen. In England und Holstein wird der Milch häufig eine kleine Quantität Rum oder Cognac zugesetzt.

Einfluss der Blutsverwandtschaft zwischen Eheleuten auf deren Kinder. Rilliet bezeichnet als eine Folge der Verheiratung unter nahen Verwandten eine Abnahme der Lebenskraft, welche sich in Hinsicht auf Häufigkeit, Form und Grad durch verschiedene Erscheinungen manifestirt. Diese sind: 1.) nicht stattfindende Conception; 2.) erst spät eintretende Conception; 3.) unvollkommene Conception mit Fehlgeburt endend; 4.) das Entstehen von Monstrositäten; 5.) Entstehen von Sprösslingen, deren physische und moralische Constitution unvollkommen ist; 6.) Entstehen von Kindern, die zu gewissen Nervenkrankheiten besonders disponirt sind und zwar betreffs der Häufigkeit in nachstehender Reihenfolge: Epilepsie, Blödsinn, Taubstummheit, Lähmung, verschiedene Gehirnkrankheiten; 7.) skrofulöse Kinder; 8.) Kinder, die in einem niederen Alter sterben, und zwar in einem ungünstigeren Verhältnisse, als andere Kinder; 9.) Kinder, die, wenn sie auch die ersten Jahre überleben, doch späterhin Krankheiten nicht so glücklich überstehen, als unter andern Verhältnissen erzeugte Kinder. Wenn bei einzelnen Ehepaaren die nachtheiligen Folgen der Blutsverwandtschaft sich auch nur zum Theile oder gar nicht zeigen, so steht doch immer noch zu fürchten, dass sich in den spätern Generationen solche geltend machen, ja dass noch später die Vernichtung der ganzen Familie erfolgen kann. Rilliet sammelte seine Erfahrungen über diesen Gegenstand in Genf, wo Ehen zwischen nahen Verwandten ziemlich häufig vorkommen. —(Oesterr. Zeitschrift für Kinderheilkunde.)

Angeborne Encephalocele. Zach. Laurence (*Med.-chir. Transact. Vol.* 39. 1856. — Schmidt's Jahrbücher 1857. 10) L. beobachtete einen Fall von angeborner Encephalocele, wobei das ganze kleine und ein Theil des grossen Gehirns hervorgedrängt waren, und das Kind dennoch 5 Monate lebte. Mit Ausnahme einer tonischen Contraction der Flexoren der rechten, und später auch der linken Hand, und des Mangels des Sehvermögens war keine besondere Störung bemerkbar. An diesen Fall reiht L. eine tabellarische Uebersicht über 75 angeborne Hernien des Gehirns; aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass das Geschlecht keinen Unterschied betreffs der Frequenz ihres Vorkommens bietet, dass solche Kinder entweder vor der Geburt sterben, oder nur eine sehr geringe Lebensdauer haben, (unter 68 Fällen waren 32 todtgeboren; 1 Kind wurde ½ Jahr alt,

1 lebte 118 Tage; die meisten starben vor der achten Woche. Der hervorgedrängte Gehirntheil entspricht dem Sitze der Oeffnung; nur selten ist die ganze Gehirnmasse hervorgetreten. Das Gehirn ist gewöhnlich im Zustande der Erweichung oder der Atrophie, oder es ist ein Erguss in die Ventrikel vorhanden. Die Grösse des Tumor variirt sehr, und der Hauptsitz desselben ist das Hinterhaupt. Bei 2 Fällen wurde durch einen chirurgischen Eingriff Heilung erzielt.

Frühzeitige Verknöcherung des Schädels bei Microcephalen. Baillarger (*Bull. de l'Acad.* 1856. — Schmidt's Jahrb. 1857. 2). Die frühzeitige Verknöcherung des Schädels steht nach der Ansicht des Verfassers im Zusammenhange mit einer langsameren Entwicklung des Gehirns. Microcephalus findet sich daher häufig mit Idiotismus vergesellschaftet; Verfasser erwähnt mehrerer microcephalischer Idioten, welche nach Aussage der Mütter mit ganz hartem Schädel geboren wurden. Bei einem 4jährigen, vollständigen Idioten betrug die grösste Circumferenz des Schädels kaum 35 Centimeter; die *Sutura coronalis* war nicht mehr sichtbar, ebenso wenig die *Sutura frontalis*, welche nur zu unterst durch eine vorspringende Knochenleiste angedeutet war; nur die Lambdanaht war noch vorhanden. — Bei Microcephalen, deren Kopf sehr klein, aber wohlgestaltet ist, und deren Intelligenz eine gewisse Entwicklung erlangt, findet man diese frühzeitige Verknöcherung des Schädels nicht; doch vermisst man dieselbe auch manchmal bei vollständigen Idioten. — Nach Gratiolet ist das Fortbestehen der *Sutura frontalis* (sollte wohl heissen *coronalis*) mit einer grösseren Entwicklung der Intelligenz verbunden.

Tuberculose des Pons Varoli. Prof. Köstlin. (Würt. Corr. 1856. 44.) Ein Knabe von 5 Jahren, welcher den Keuchhusten, bald darauf die Masern und einen darauffolgenden Lungenkatarrh überstanden hatte, erkrankte 2 Monate später mit Bauchschmerzen, Stuhlverstopfung, und heftigen Schmerzen über dem Kreuzbeine. Es trat Besserung ein, aber das Kind wurde unverträglich, sehr reizbar und litt an vagen Kopfschmerzen, welche in Paroxysmen auftraten. Auch diese Erscheinungen liessen wieder nach, und machten einem sehr häufigen Drange zum Uriniren Platz. Mit einem Male traten allgemeine Convulsionen mit Bewusstlosigkeit und Schaum vor dem Munde auf, ohne eine bekannte Veranlassung, aber auch diese hielten nicht an; und obwohl keine neuen Erscheinungen mehr sich zeigten, ging Patient dennoch durch sichtliche Abnahme der Kräfte an Erschöpfung zu Grunde. Bei der Section zeigte sich auf dem Türkensattel in der Arachnoidea gallertiges Exsudat, nach den Foss. Sylv. sich ausbreitend, besonders in der linken Foss. Sylv. ziemlich grosse Tuberkelgranulationen. Die Hirnsubstanz war blutreich, in den beiden Seitenventrikeln zusammen bei 3 ℥ Serum, die Wände der Ventrikel weich; im vordern Lappen der linken Hemisphäre des Grosshirns ein gelber Tuberkel von der Grösse einer Feuerbohne, die umgebende Hirnsubstanz gelblich erweicht; im kleinen Gehirn ein halbtaubeneigrosser Tuberkel; ein dritter Tuberkel von unebener Oberfläche nahm den Pons Varoli ein, und zwar so, dass, mit Ausnahme der hinteren, dem vierten Ventrikel zugekehrten Fläche, wo sich normale Hirnsubstanz vorfand, das ursprüngliche Gewebe völlig verdrängt war. Im Innern des Tuberkels war keine Erweichung sichtbar. — Ausserdem fand man Tuberkulose der Bronchialdrüsen und der Milz.

Zur Pathologie des kleinen Gehirns. Ollivier. (*Trait. tom. II.* — Schmidt's Jahrb. 1857.) An einem 11jährigen Knaben wurden folgende krankhafte Erscheinungen beobachtet: Aeusserst heftige Kopfschmerzen, Schwächung des Sehvermögens, krampfhafte Bewegungen der Bulbi, Erweiterung der Pupillen, Uebelkeit, Erbrechen, zeitweise Anfälle von Asphyxie, Schwächung der Intelligenz, Traurigkeit, Unlust, vorübergehen-

der Sopor, in den Gliedern ungestörte Empfindung und Bew heftige Schmerzen in denselben, Unvermögen sich ruhig z mangelndes Bewusstsein der Gegenstände. Die Section zeigte beneigrossen Tumor zwischen dem kleinen Gehirne und hinter brücke, ferner eine Schichte von Encephaloid-Materie, die hin hintern Rückenmarkssträngen gelagert war.

Die Otorrhoea der Kinder und deren Behand Toynbee. (London medical Times. 1856 October. — Journal krankheiten 1857. 3. 4.) Die Otorrhoea ist in den meisten chronische Entzündung des häutigen Gehörganges, welche ei Absonderung veranlasst. Sie findet sich gerne bei Kindern mit gung zu Drüsenanschwellungen oder allgemeiner Schwäche. häufig nach Scharlach, Masern oder Erkältungen, seltener na gegangenen traumatischen Einwirkungen auf das Ohr beobacht hörigkeit oder gar Taubheit setzen schon einen längeren B Ohrenflusses, und ein Uebergreifen des entzündlichen Proze Haut des Paukenfelles voraus. Häufig jedoch ist die Otorrho Symptom einer innerhalb der Paukenhöhle bestehenden Reiz pen können zugleich mit chronischem Katarrhe des häutigen ges vorkommen, und bedingen dann häufiger Blutungen aus Die Behandlung besteht in der Wegschaffung des Secretes aus d gange und Reinhaltung desselben. Dazu dienen Injectionen Wasser, später von schwach adstringirenden Flüssigkeiten. Be der Schmerzhaftigkeit räth T. einen oder zwei Blutegel an de äusseren Seite des Ganges zu setzen, und warme Fomentation Ohr zu machen; in hartnäckigen Fällen sollen Gegenreize auf d fortsatz unterhalten werden, und eine kräftige Solution von (10—40 Gran auf die Unze) jeden dritten Tag eingespritzt wer hat man das Allgemeinbefinden nach Möglichkeit zu fördern.

Ectopia cordis. Dr. Dotzauer. (Oesterr. Zeitschrift f heilkunde 1857. 1.) An einem reifen, lebend gebornen Knaben folgende höchst merkwürdige Deformität. Das Herz lag auf u halb dem Thorax, ohne Herzbeutel, und machte seine Stösse, s Diastole, wobei es sich auf der Aussenfläche der Magengrub herbewegte. Am untern Dritttheile des Sternums fand sich ein guldenstückgrosses, nach Oben callös abgewölbtes Loch, aus w grossen Gefässstämme vom Herzen auslaufend und mit ihm in i ger Verbindung stehend herausgingen. Daselbst konnte man schlag an der Aorta und den übrigen grossen Arterien deutli In der Gegend der fünften Rippe linkerseits lag das Herz dur aus der Brust heraus, dort wo die grossen Gefässe vom Herzen war eine leichte Adhäsion mit der Bauchwand und dem Zwe wahrscheinlich durch den nicht zur Ausbildung gekommenen, tären Herzbeutel — gebildet, so dass das oben erwähnte Loch in wand nach unten geschlossen erschien. Das übrigens regelmäs bildete Kind schrie heftig, und nahm laues Zuckerwasser zu Reposition des Herzens war unmöglich, weil das Loch in der viel zu klein und zu enge war, und eine stärkere Verwachsun zens da, wo die grossen Gefässe ausliefen, mit dem Messer getr den musste. Bei dem Emporheben des Herzens musste gross angewendet werden, wollte man nicht asphyctische Erschein vorrufen. Es wurde wegen grosser Trockenheit und Rigidität substanz das Herz mit in laues Wasser getauchten Läppchen umg geeignet bedeckt. In der darauffolgenden Nacht starb das Kind felhaft an Lähmung des Herzens. Die Section wies ausser der b nen Missbildung nichts abnormes nach; selbst der linke Lungen

normal gestaltet, und die grossen Gefässstämme erschienen nur etwas verlängert. Leider wurden über die Bewegungen der Muskelfasern des Herzens, über dessen Verhalten in der Systole und Diastole u. s. w. keine genaueren Beobachtungen gemacht.

Lungenepiteliom des Foetus. P. Lorain und Robin (Gaz. méd. 1855, 12.) Die Verfasser bezeichnen damit jenen Zustand der foetalen Lunge, wobei die Endigungen der Luftwege mit dem ihnen eigenthümlichen Pflasterepitel so angefüllt sind, dass jeder Luftzutritt unmöglich wird. Dabei sind die Endigungen der Luftwege etwas erweitert, mit Pflasterepitel erfüllt, in soliden, selten hohlen Cylindern von der Gestalt der Endzweige der Luftwege. Die Zellen waren kleiner, ihre Kerne verhältnissmässig gross, mit körnigem Inhalte erfüllt, theilweise fettig entartet. In beiden erwähnten Fällen war Pemphigus gleichzeitig zugegen.

Beitrag zur Lehre von der hydrostatischen Lungenprobe, von Dr. Maschka. (Prager Vierteljahresschrift 1857. I.) Das Schwimmen der Lungen Neugeborner wird bedingt, entweder durch das Athmen, oder durch künstliches Lufteinblasen, oder endlich durch die Fäulniss. Letztere kann nur unter gewissen Bedingungen Schwimmfähigkeit einer Lunge, welche nicht geathmet hat, herbeiführen, und diese sind Wärme und Feuchtigkeit; fehlen diese, so erfolgt entweder Eintrocknung oder Auflösung der Struktur der Lunge. Die Schwimmfähigkeit faulender Lungen kommt auf diese Weise zu Stande, dass sich Gas unter dem Pleuraüberzuge in Form von Bläschen ansammelt; daher eine solche Lunge, wenn die Bläschen aufgestochen werden, oder von selbst platzen (was bei fortschreitender Fäulniss der Fall zu sein pflegt) und nach Anwendung einer geringen Compression im Wasser untersinkt, ohne jemals wieder schwimmfähig zu werden. Lungen, welche geathmet haben, oder denen künstlich Luft eingeblasen wurde, können nicht durch Compression, wohl aber unter der Luftpumpe zum Untersinken in Wasser gebracht werden. Faulen Lungen, welche theilweise oder vollständig geathmet haben, in einem wässerigen Medium, so sinken sie nach 20—30 Tagen von selbst unter, können aber durch Lufteinblasen wieder schwimmfähig gemacht werden, zum Beweise, dass die Lungentextur nicht zerstört wurde. Gerade so verhalten sich faulende Lungen, denen Luft eingeblasen worden war. Es ist daher auf anatomischem Wege allein fast nie möglich zu entscheiden, ob eine schwimmende Lunge eines Neugebornen geathmet habe, oder künstlich aufgeblasen wurde; sicher aber ist es, dass, wenn eine faulende Lunge noch nach der Eröffnung ihrer Luftblasen, nach Ablösung der Pleura, und Compression des Lungengewebes schwimmfähig gefunden wird, dieselbe entweder geathmet hat, oder aufgeblasen wurde. Sinkt jedoch eine solche Lunge unter, ist in den Pleurasäcken wenig Flüssigkeit enthalten, und die Fäulniss weit vorgeschritten, dann ist jede Entscheidung unmöglich.

Erworbene Lungenateleotasie, von Dr. Carl Gerhardt. (Virch. Arch. 1857. 1, 3.) Die secundäre Atelectasie der Lungen resultirt am häufigsten aus Katarrhen, und aus der Schwäche der Respirationsmuskeln; als untergeordnete Momente für das Zustandekommen derselben sind anzusehen die Rückenlage der Kinder, das feste Wickeln derselben, der Aufenthalt in verdorbener Luft. Bei der Diagnose hat man die Zeichen des bronchialen Katarrhs, das fortgeleitete, schwächer hörbare Zellathmen benachbarter Theile, das Einziehen des unteren Theiles des Sternums und der obern falschen Rippen, den zeitweilig aber in heftigen Paroxysmen auftretenden Husten, die ungleiche Wärmevertheilung, und die meist sehr geringe Cyanose zu berücksichtigen. Von wesentlichem Belange ist die Beobachtung des Verlaufes, der eine gewisse Constanz der Erscheinungen zeigt. Die Prognose gestaltet sich günstiger bei den leich-

teren Formen und jener Atelectasie, welche durch einen heftigen Katarrh veranlasst wurde. Der Winter und das Frühjahr erweisen sich solchen kranken Kindern besonders gefährlich. Bei der Behandlung hat man vor Allem auf eine gesunde Wohnung, öfteres Austragen in's Freie, passende Nahrung und Pflege zu sehen; nebstbei kommen die Tonica, Eisen, China, Wein, und die Expectorantia in Anwendung.

Die Gelbsucht der Neugebornen, von Herrn Hewitt in London. (Lancet 5. Juli 1856.) Nach der Ansicht des Verfassers ist die Ursache des sogenannten *Icterus neonatorum* in einem Congestionszustande der Leber gelegen. Dieser tritt ein, wenn nach der Geburt dem Uebertritte des Blutes aus der rechten Herzhälfte in die Lungen ein Hinderniss entgegensteht; ist die dadurch bewirkte Stauung des Blutes im hepatischen Venensysteme bedeutend, so entsteht Gelbsucht. Auch die Kälte soll nach Verfasser diese Wirkung hervorbringen, und durch Congestion der Leber Gelbsucht veranlassen, indem das von Blut überfüllte Parenchym der Leber die kleineren Gallengänge comprimire. Auf diese Anschauungsweise gründet sich die Therapie, mittelst kräftiger Reibungen und durch Erwärmung des Kindes die Cirkulation des Blutes zu beleben, und durch Abführmittel den Darmkanal möglichst frei zu machen.

Idiopathische Nabelblutung der Neugebornen. Von Dr. Steinthal. (Journal für Kinderkrankheiten 1857. 1. 2.) Die *Omphalorrhagia neonatorum*, d. i. jener Krankheitszustand, wo bei normaler Unterbindung der Nabelschnur entweder vor dem Abfallen derselben, oder nach diesem Zeitpunkte eine geringere oder stärkere Blutung aus dem Nabelhöcker oder der Nabelgrube erfolgt, gehört allerdings zu den selteneren Krankheiten. Roger beobachtete sie binnen 2 Jahren unter 9000—10000 Findelkindern in einem einzigen Falle. Sie scheint vorherrschend im männlichen Geschlechte vorzukommen, und mit der Constitution der Neugebornen in keinem Causalnexus zu stehen. Sie erfolgt in der Mehrzahl der Fälle entweder unmittelbar nach dem Abfallen der Nabelschnur oder wenige Tage später, und ist bedingt durch die unterbrochene oder gehemmte Obliteration der Nabelgefässe, ausserdem durch *arteriitis umbilicalis*, und in nicht gar seltenen Fällen durch das Fortbestehen der fötalen Blutmischung bei mangelhafter Involution der fötalen Wege, endlich durch die sogenannte *Dispositio haemorrhagica*. Die Prognose ist nach Verfasser sehr ungünstig, und zwar desto übler, je früher die Blutung nach der Geburt erfolgt; man hat selbst in der dritten Woche noch eine tödtliche Blutung eintreten gesehen. Die Behandlung soll prophylactisch sein in jenen Fällen, wo sich ein Beispiel von Nabelblutung in einer Familie schon einmal ereignet hat, und bei wirklich eingetretener Blutung sich nach der Quelle des hervorsickernden Blutes, den Complicationen u. s. w. richten. In den meisten bekannt gewordenen Fällen leisteten die Styptica und Compressionsmethoden nicht genügende Hilfe; am meisten bewährte sich noch die Unterbindung en masse. Nach Paul Dubois wird, nachdem das Kind so auf einem Tische gelagert und festgehalten ist, dass der Bauch hervorsteht, eine Hasenschartennadel quer durch die Basis des Nabels hindurchgesteckt, so dass nur die Hautdecke durchstochen wird. Unterhalb derselben wird eine zweite so durchgeführt, dass sie jene rechtwinkelig durchkreuzt; sodann schlägt man um jede Nadel einen Faden in einer Achterform herum, und wird die Ligatur auf diese Weise vollendet. Die Nadeln werden nicht vor dem Loslösen des Schorfes entfernt.

Harnsäureinfarkt in den Nieren Neugeborner. Von Dr. Hecker. (Virchows Arch. 1857. 1. 3.) Verfasser suchte die Frage zu lösen, ob der Harnsäureinfarkt in den Nieren der Neugebornen in's Bereich der physiologischen Ausscheidungen gehöre, oder ob abnorme Bedingungen das Zustandekommen desselben begründen? Zuerst bemühte sich

H. die Zeit zu bestimmen, innerhalb welcher der Infarkt sich am häufigsten zeigt, und da fand H., dass von den bald nach der Geburt Verstorbenen 6 Percent, von den im Verlaufe des 1. Tages Gestorbenen 20 Perc., von den zwischen dem 2. und 14. Tage Gestorbenen 53 Perc., und von den zwischen dem 14. und 60. Tage Gestorbenen 36 Perc. den Infarkt zeigten, woraus erhellt, dass mehr als die Hälfte der Kinder, welche zwischen dem 2. und 14. Tage zur Section kamen, den Harnsäure-Infarkt in den Nieren enthielt. Um über die physiologische Natur dieser Harnsäure-Ausscheidung in's Reine zu kommen, schlug H. einen doppelten Weg ein. das Experiment an jungen Thieren, und die Harnuntersuchung bei neugeborenen Kindern. Erstere lieferte kein positives Resultat; auf letzterem Wege fand Hodann, dass von 33 Kindern 15 harnsaure Salze durch den Urin ausschieden, worunter aber gesunde und kränkliche Kinder mit inbegriffen waren. Verfasser fand die Harnsäure-Ausscheidung jedesmal bei Kindern mit leichteren oder schwereren Störungen ihres Befindens zusammentreffend. Seinen Untersuchungen gemäss ist der Urin todtgeborener Kinder arm an festen Bestandtheilen, schwach sauer reagirend. Bis zum Ablauf des 3. Tages war die Urinsekretion bei Neugeborenen sehr gering; dieselbe stieg in den nächstfolgenden Tagen auf circa 3 ℥ täglich, der Urin reagirte stets schwach sauer, war blassgelb, und zeigte keine Spur von Sediment bis zum 25. Tage. Wegen dieses Verhaltens des Urines Neugeborener, namentlich wegen seines äusserst geringen Gehalts an Harnsäure, glaubt Verfasser den Harnsäure-Infarkt in den Nieren Neugeborener als eine pathologische Erscheinung erklären zu müssen.

Harnabsonderung im Scharlach, von Hölder. (Würtemberg. Corr. 1856. 4.) Während des Bestehens des Scharlachs und 2—3 Tage nach dem Verschwinden des Ausschlages ist die Urinmenge sehr gering, der Urin arm an festen Bestandtheilen, hat ein niederes spezifisches Gewicht, stark sauere Reaction, eine gelbe — rothgelbe Farbe, und ist reich an Harnsäure und Farbstoffen. Vom Beginne der Abschuppung an (6–10 Tage) vermehrt sich die Harnmenge um ein Bedeutendes, der Harn wird hellgelb, reagirt wenig sauer, neutral, zuweilen alkalisch, trübt sich bald, hat ein grösseres spezifisches Gewicht, viel phosphorsaure Ammoniak-Magnesia und meistens auch Eiweiss. Der Gehalt an Eiweiss dauert gewöhnlich nur sehr kurze Zeit, und nur wo eine Brightische Nierenerkrankung sich auch anderseitig kundgibt, über 6—9 Tage. Nicht immer ist Oedem damit verbunden.

Blasenstein bei einem einjährigen Mädchen. (Oest. Zeitschr. für Kinderheilkunde 1857. 6.) Das Mädchen bot folgende Erscheinungen: Ungemeine Unruhe mit heftigem anhaltenden Schreien, öfterem Drange, wobei sich das Kind auf dem Bauche wälzte und den Mastdarm hervordrängte, häufigeres Harnlassen, welches dem Mastdarmvorfalle zugeschrieben wurde. Der Tod erfolgte unter einem Anfalle von Eclampsie. Die Section ergab einen Blasenstein von 8—9 Linien Länge- und 4 Linien Breite-Durchmesser, der fest im Blasenhalse eingekeilt war, Atrophie der Nieren mit Nephritis, chronischen Katarrh des Rectums und Colons. — Der Vorfall des Rectums war daher in diesem Falle offenbar ein consecutives Leiden, in Folge des heftigen Drängens durch den Blasenstein veranlasst. Dieses nicht so seltene Vorkommen von Harnsteinen bei Kindern im ersten Lebensjahre dürfte dazu dienen, die Aufmerksamkeit des Arztes, besonders wenn bei grosser Unruhe des Kindes ein häufiges, heftiges Drängen zum Harnen vorhanden ist, auf den Zustand der Harnwerkzeuge zu leiten.

Mangel der beiden obern Extremitäten an einem neugeborenen Kinde. Oberarzt Rex. (Med. Zeitg. Russl. 1857. 35.) Eine Bergmannsfrau, welche früher 6 gesunde Kinder geboren hatte, wurde

von einem Mädchen entbunden, welchem die oberen Extremitäten fehlten. Die Länge des Kindes betrug 18"; Kopf-, Rumpf- und Beckenknochen waren normal, der linke Oberschenkelknochen halbmondförmig gekrümmt, um 1" kürzer als der rechte. Die Schulterblätter zeigen keine deutliche Gelenkfläche und die Akromialenden der Schlüsselbeine sind mit dem Akromion in einem spitzen Winkel vereinigt; unterhalb dieser Vereinigung bemerkt man eine kleine Vertiefung und in ihrer Mitte ein fleischiges, warzenähnliches Rudiment von röthlicher Hautfarbe, links von der Grösse einer kleinen Nuss, rechts erbsengross. Das Kind war übrigens vollkommen lebensfähig.

Variola haemorrhagica, von Löschner. (Prager Viertelj. 1857. I.) Verfasser beobachtete die *Variola haemorrhagica* unter 3 Gestalten: 1. Die Vesikel mit Blut gefüllt und nebenbei Petechien, Vibices und Haemorrhagien in andern Organen. 2. Die Blattern entwickelten sich nur halb, welk neben Petechien und Vibices. 3. Die Variola entwickelte sich auf dunkelrothem Grunde unter Haemorrhagie wirklich. Alle 3 Formen waren confluirend; von 12 Fällen endeten 8 tödtlich. Bei sämmtlichen Fällen fanden sich Stasen in den Kapillaren der äussern als auch der innern Organe, namentlich wurden Darmblutungen, Lungeninfarkt und Lungengangraen in den lethalen Fällen beobachtet. Nach den Erfahrungen des Verfassers zeigt sich die *Variola haemorrhagica* am häufigsten bei Krankheiten der Milz, der Lymphdrüsen, bei sogenannten Blutern, bei Leber- und Lungenstasen, Gallensteinen, und fällt daher zusammen mit Typhusepidemien, Hospitalbrand u. s. w. Die Behandlung soll vorzüglich gegen die zu grosse Alkalescenz des Blutes gerichtet sein, daher frische Luft, kühle Temperatur, Säuren, Adstringentia, China, Wein, Bier anempfohlen werden. Wo Darmblutungen, wo Lungengangraen auftraten, sah Verfasser nie Heilung erfolgen.

Der Typhus bei Kindern. Dr. Lederer. (Mediz. Wochenschr. 1857. 6. 7. 8. 12. 13.) Verfasser theilt seine Beobachtungen über den Typhus bei Kindern mit, und zwar mit besonderer Berücksichtigung der Typhus-Epidemie 185$^{5}/_{6}$. Im frühesten Kindesalter zeigt sich nach Verf. der typhöse Prozess sehr selten, und selbst in dem frühen Jünglingsalter erreicht die Disposition zur typhösen Erkrankung nicht jene Höhe, wie zur Pubertätszeit. Verfasser bespricht die einzelnen Erscheinungen des Typhus, in wiefern sie für den typhösen Prozess im Kindesalter charakteristisch sind oder nicht. 1. Die Diarrhöe bietet weder durch ihre Qualität noch Quantität einen Anhaltspunkt für die Diagnose; sie hat keinen Werth für die Unterscheidung zwischen einem Hirnleiden und Typhus, da oft genug neben einer Gehirntuberkulose Tuberkulose des Darmkanals gefunden wird. Unter 91 Kindern hatten 39 gleich Anfangs, 26 im weitern Verlaufe des Typhus Diarrhöe. Blut in den Entleerungen ist selten, und kommt auch in entzündlichen Darmkrankheiten bei Kindern unter 1 Jahre vor. 2. Das Erbrechen, welches nach Rilliet und Barthez in der Hälfte der Kranken vorkommt, beobachtete Verfasser beim Typhus viel seltener, unter 91 Kindern viermal am Beginne der Erkrankung, nie im Verlaufe des typhösen Prozesses, und hat daher ein länger fortdauerndes Erbrechen einen Werth für die Unterscheidung zwischen einem tieferen Gehirnleiden und dem Typhus. 3. Meteorismus (in dem ersten Lebensjahre eine gewöhnliche Erscheinung bei Obstipation und den verschiedenen Arten der Diarrhöe) kann nur in den späteren Jahren als ein constanterer Begleiter des Typhus angesehen werden. 4. Der Bauchschmerz gibt sich bei kleinen Kindern durch anhaltendes Schreien mit Anziehen und Abstossen der Füsse kund; grössere Kinder klagen über spontanen, häufiger jedoch durch Druck hervorgerufenen Schmerz in der Coecalgegend, oder in der entgegengesetzten Seite. 5. Die Esslust

t theils ganz aufgehoben, theils in der Art pervers, dass die Kinder die issige Nahrung verabscheuen, während sie ihre frühere Nahrung, beson- :rs Mehlspeisen ungestüm verlangen. Der Appetit kehrt oft noch wäh- nd des Fortbestandes des Fiebers, der Diarrhöe etc. wieder. Der Durst reicht selten jenen hohen Grad, wie bei Entzündungsfiebern. 6. Die ergrösserung der Milz ist bei Kindern ein wenig verlässliches rmptom; häufig durch Rhachitis bedingt, kommt sie nicht selten bei :harlach und Tuberkulose ebenfalls vor. 7. Der Urin hat nichts Charak- ristisches; Harnverhaltung kommt öfter vor, aber nie in so hohem Grade, ie bei den spätern Stadien der Gehirnkrankheiten. Schmerzhafte Ent- erung des Harnes findet beim Typhus, wie bei entzündlichen Krankhei- n bisweilen Statt. 8. Der Bronchialcatarrh complicirt im frühesten indesalter die verschiedensten Krankheiten; beim Typhus tritt er ent- eder gleich Anfangs auf (19mal in 91 Fällen) oder erst im weitern Ver- ufe (18mal), wird aber selten gefährlich. Das häufige Aufseufzen findet :h viel öfter bei Gehirnkrankheiten, als beim Typhus. 9. Die Beschaf- :nheit der Zunge und der Lippen ist wenig constant; erstere t gewöhnlich im Anfange der Krankheit gelblich — weisslich belegt, äter roth mit hervorragenden Papillen, selten trocken, und braun.). Nasenbluten fand Verfasser selbst bei älteren Kindern selten im yphus. 11. Fieber wird im Beginne der Krankheit meist übersehen; wird erst nach einigen Tagen continuirlich. Die Hauttemperatur t gleichförmiger als bei entzündlichen Fiebern; die Gesichtsfarbe echselt nicht so häufig, wie bei intensiven Gehirnleiden. 12. Störun- ɜn im Nervensysteme haben für den Typhus sehr wenig Charak- ristisches. Bei älteren Kindern treten die Zeichen der Mattigkeit, Apa- ie, des Kopfschmerzes, der Delirien, der automatischen Bewegungen ägnanter hervor. Der Kopfschmerz erreicht aber nie einen so hohen rad, wie bei Gehirnleiden. Convulsionen sah Verfasser bloss 2mal, 1mal ı Verlaufe mit Strabismus, und 1mal im unglücklichen Ausgange des yphus. 13. Hauteruptionen sind im typhösen Fieber bei Kindern cht häufig, und bestehen in spärlichen rosenrothen Flecken oder Milia- en. Complicationen und Nachkrankheiten sind beim Typhus eit seltener, als bei den acuten Exanthemen. Anasarca fand Verfasser nal, Ascites 2mal, Perforation des Darmes ist eine höchst sel- ne Erscheinung; Dysenterie tritt entweder im Verlaufe des Typhus .er in der Reconvalescenz hinzu, und ist eine höchst ungünstige Com- ication; dasselbe gilt von der Pneumonie, vom Lungenbrande. 'eniger gefährlich ist eine hinzutretende Bronchitis. Haemoptysis h Verfasser 1mal ohne nachtheilige Folgen. Exquisite Tuberkulose ım dem Verfasser nie complicirt mit Typhus zur Beobachtung. Decu- tus führte als solcher nie den Tod des Kindes herbei. — Das Hinzu- ɜten acuter Exantheme zum Typhus erfolgt selten, Verfasser erwähnt nes Falles mit lethalem Ausgange, wo Variola in der Reconvalescenz nzutrat. Einen Einfluss auf die chronischen Exantheme, auf Rhachitis, rophulose kann man dem Typhus nicht vindiciren. — Die Verbreitung s Typhus erfolgt durch ein Contagium. Unter 91 Kindern erkrankten oss 11mal mehrere Kinder in einer und derselben Familie. — Der Ver- uf des sporadischen Typhus ist bei Kindern nach 3 Jahren sehr gut- tig; der epidemische wird eben durch den Charakter der Epidemie mo- ficirt. Das Geschlecht ist dabei ohne Einfluss. — Unter den prophy- ctischen Massregeln dürfte das Absetzen des Säuglings von der Brust, bald die Mutter oder Amme am Typhus erkrankt, schwierig ausführbar in, da sich nicht immer allsogleich der Charakter der beginnenden Er- ankung erkennen lässt. — Die Behandlung, welche Verfasser bevor- gt, ist die symptomatische. Wo keine besonderen Complicationen

hervortreten, werden Mineralsäuren und als Getränk Wasser oder ausgekühlte Rindssuppe gereicht. Gegen Diarrhöe wurde Alumen (2—12 gr. p. d.) in Solution, oder Tannin (2—8 gr. p. d.) in Solution, und in heftigeren Fällen *Extr. nuc. vom.* 1 gr. mit 6 gtt. *Tinct. op.* oder *Nitr. arg.* $^1/_2$ gr. angewendet. Die Obstipation wurde vermittelst eines einfachen Clysma oder kleinen Mengen von *Ol. Ricini* beseitigt; der Bauchschmerz durch feuchtwarme Ueberschläge, Opiate; gegen den Husten wirkte *P. Dover. Morphium, Op.* allein oder mit *Ipecac.* Bei bedeutender Abnahme der Lebenskräfte reichte man *Sulf. Chin.* 2—6 gr. meist nur 1—2 Tage nach einander. Unter den Stimulantien gibt Verfasser dem Kampfer den Vorzug; gegen den Hautbrand bewährten sich das *Acid. pyrolignos.* und die *Aq. creosot.*

Die Sommerkrankheit (Summer-Complaint) der Kinder in Neu-York, von Paul Bernhard. (Journ. für Kinderkrankh. 1857. 1. 2.) Diese Krankheit, von den Aerzten als *Cholera infantum* bezeichnet, richtet unter den Kindern dieses Landes jährlich ungeheure Verheerungen an. Im Juni beginnend, erreicht sie ihre Höhe im Juli und lässt dann im August wieder nach, so dass die neuen Erkrankungen im September sehr selten werden. Vorzüglich sind ihr Kinder im 2. Lebensjahre in der Zahnungsperiode unterworfen, selten befällt sie Kinder unter 6 Monaten oder über 4 Jahren. Als Ursache wird die starke, anhaltende Hitze dieser Zeit angegeben. Den Namen *Cholera infantum* schrieb man von den blassen, missfärbigen, copiösen Ausleerungen her, welche dabei beobachtet werden, und die Hauptaufgabe der Therapie besteht darin, die Gallenabsonderung in der Leber wieder herzustellen. Besonders wird vor dem Gebrauche des Opiums eindringlich gewarnt.

Hyperaesthesien rhachitischer Kinder. Dr. Betz. (Mem. a. d. Pr.) Die Hyperaesthesien bei der Rhachitis gehören zunächst den Nerven des Periosts und der Knochen, viel weniger den Hautnerven an. Sie sind frühzeitige Begleiter der Rhachitis und verschwinden nie ganz, bevor nicht Heilung im Anzuge ist. Die davon leidenden Kinder fangen oft plötzlich, und ohne erkennbaren Grund zu weinen an; die Berührung der Knochen, besonders wo sie weniger von Weichtheilen bedeckt sind, ist stets mit grösseren oder geringeren Schmerzen verbunden, dasselbe gilt von dem Anfassen der Kinder bei den Hypochondrien (was häufig zur Annahme von Pleuritiden oder einer Schwellung der meseraischen Drüsen verleitet). Solche Kinder pflegen meist ihre Füsse zu kreuzen, um dem Gefühle einer schmerzhaften Müdigkeit in den Unterschenkeln auf diese Weise abzuhelfen.

Syphilis acquisita an einem 12 Monate alten Kinde. Dr. Zeissl. (Wochenbl. d. Ztschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien 1857. 4.) Das Kind wurde von einer gesunden Mutter gesund geboren. Nach einigen Wochen wurde dasselbe trotz der gehörigen Pflege an der Afterkerbe, in den Gesässfalten und in der Kniekehle wund. Der consultirte Landarzt hielt die wunden Stellen für Intertrigo und verordnete Einstreuungen von *Carbon. Plumb.* Anstatt zu heilen bildeten sich an den nässenden excoriirten Stellen warzenartige Gebilde. Z. fand das Kind gut genährt, an den Flanken der Brust einzelne im Schwinden begriffene Roseola-Flecken, und die bereits erwähnten warzenartigen Neugebilde, welche er als spitze, auf flachen Condylomen aufsitzende Condylome erkannte. Die Mundlippen des Kindes, so wie die Brustwarzen der noch säugenden Mutter waren normal. Beide Eltern des Kindes zeigten keine Spur von vorausgegangener Syphilis. Dem Kinde wurden binnen 10 Tagen 56 Gran *Ung. ciner. spl.* abwechselnd an verschiedenen Stellen eingerieben, und innerhalb 14 Tagen waren die Roseola-Flecken, die Excoriationen und die warzenartigen Wucherungen verschwunden. Das Kind wurde nun von den Eltern als geheilt betrachtet und der weitern ärztlichen Aufsicht entzogen, bis unge-

führ in der sechsten Woche nach der letzten Einreibung sich die Haut am Anus wieder röthete, verdickt wurde und in Verschwärung überging. Da beide Eltern gesund sind, da mit heredit. Syphilis behaftene Neugeborene nie so kräftig und blühend aussehen, als das in Rede stehende Kind, und weil der Verlauf der Erkrankung von der Syphilis congenita abweicht, so glaubt Z. die Erkrankung als Syphilis acquisita bezeichnen zu müssen.

Ueber Resorptionsvermögen des Dickdarms hat Briquet (Gaz. med. de Paris 1857, pag. 17) Versuche angestellt und unter andern folgende Resultate erhalten: 1. Die Flüssigkeit, welche dem Darme durch ein Klystier beigebracht wird, kann bis zum Blinddarme gelangen und kommt daher mit einer grossen Schleimhautfläche in Berührung. 2. Weder die Schleimhaut des Dickdarms, noch deren Secretion üben auf die eingebrachte Substanz irgend eine chemische, zersetzende Wirkung aus. 3. Lösliche Chininsalze unter Einem Gran durch ein Klystier beigebracht, werden bis zu $1/3$ der beigebrachten Gabe absorbirt; übersteigt aber die Quantität obiges Gewicht, so wird die Dosis schlecht vertragen und davon nur $1/5$ oder $1/6$ aufgesogen. Das auf diese Weise beigebrachte Chinin leistet das nämliche, was es bei seiner Einbringung in den Magen zu leisten vermag. 4. Eine grössere oder mindere Verdünnung, eine mehr weniger schleimige Beschaffenheit des Lösungsmittels, oder Zusatz von Morphinsalzen ändert die Absorptionsverhältnisse der Chininsalze nicht. Verfasser glaubt, dass für andere lösliche Substanzen, welche durch ein Klystier in den Dickdarm gebracht werden, so ziemlich die gleichen Momente massgebend seien.

Chemische Beschaffenheit des Leberthranes. Dr. Jongh. (The brit. and for. med. chir. Review 1856. — Wochenbl. der Ztschr. der k. k. Ges. der Aerzte in Wien 1857. 10.) Die verschiedenen Arten des Leberthrans wurden von J. einer genauen chemischen Untersuchung unterworfen, woraus sich ergab, dass von den norwegischen Sorten die braune Gattung einen stärkeren Gehalt an Bilifulvin, Bilifellin, so wie an Jod, Chlor und Brom geliefert hat, als die blasse, welche letztere mehr Phosphorsäure und reinen Phosphor enthielt. Eisen fand sich nur in den ganz dunklen, fast schwarzen Sorten, die andern erwiesen sich ganz eisenfrei. Der englische und der mit und ohne Wasser präparirte Neufoundländer Leberthran sind von dem norwegischen wesentlich durch ihren Mangel an Chlor und Brom verschieden. Dessenungeachtet zieht J. die beiden letzteren Sorten den ersteren vor, weil sie keine Fäulnissprodukte enthalten und von schwächeren Magen leichter vertragen werden. Uebrigens spricht J. seine Ueberzeugung aus, dass die Wirksamkeit des Leberthrans nicht in dem einen oder andern Bestandtheile, sondern in der eigenthümlichen Combination aller zusammen beruhe.

Jodkalisalbe. (Oesterr. Zeitschr. f. Pharmacie 1856. 20.) Die Zersetzung des Jodsalzes und das Braunwerden der Salbe wird verhindert, wenn man dem Schweinfette einige Tropfen Aetzkalilösung zusetzt, welches nun durch anhaltendes Reiben schön weiss und schaumig wird. Das Jodkali wird mittelst Milchzucker zu einem sehr feinen Pulver abgerieben und so mit der Salbe gemischt. Die auf diese Art bereitete Salbe ist vollkommen weiss, schaumig, lässt sich wochenlang unzersetzt aufbewahren uud sehr gut in die Haut einreiben.

Amylen. Ueber die Resultate des A. als schmerzstillendes Mittel, welche am Pariser Findelhause erhalten wurden, referirte Dr. Giraldes (Gaz. med. de Paris 1857, pag. 176.) Ref. glaubte sich durch die vorausgegangenen Versuche, welche von Dr. Snow mit diesem Mittel in einem Londoner Spitale angestellt worden waren, berechtiget, dasselbe in denjenigen Fällen, wo es angezeigt war, auch bei Kindern in Anwendung zu bringen. Seit 24. Jänner bis 24. März d. J. hatte er es bereits an 25 Kindern ver-

schiedenen Alters angewendet, und theilt die dabei gewonnenen Erfahrungen in folgenden Sätzen mit: 1. Das Amylen lässt sich leichter und ruhiger einathmen, als das Chloroform. 2. Betäubung tritt sehr rasch ein. 3. Der dadurch erzielte Schlaf ist ruhiger, natürlicher und ohne Schnarchen. 4. Die Kranken können schnell aus der Betäubung geweckt werden. 5. Die Einathmung von A. erzeugt nicht Uebelkeit, Erbrechen oder Blutzudrang zum Kopfe. 6. Die Kranken leiden nicht; nach der Betäubung erlangen sie ihre frühere Heiterkeit wieder. Wenn nicht weiter fortgesetzte Versuche andere Resultate ergeben, so (meint Ref.) könnte das A. bald das Chloroform ersetzen.

Gegen Asphyxie der Neugebornen räth Hamilton (Schmidt's Jahrbücher 1855. 8) als prophylactisches Verfahren die Abkürzung der zweiten Hälfte der Geburt durch die Anlegung der Zange. Bei vorhandener Asphyxie wird folgendes Wiederbelebungsverfahren empfohlen: Das Kind wird bis an den Kopf in gewärmten Flanell eingehüllt, und auf eine entsprechende Unterlage so gelagert, dass der Kopf nach hinten überhängt. Mit der linken Hand hält nun der Operateur die Nase des Kindes zu, während seine rechte Hand seitlich die Brust des Kindes in rhythmischer Gleichmässigkeit comprimirt, und er durch den Mund desselben Luft einbläst. Im Falle als die Herzthätigkeit stocken sollte, will H. den Druck auf das Sternum angebracht, und dadurch ein günstiges Resultat erzielt haben.

Dr. Marshall Hall empfiehlt bei scheintodtgebornen Kindern folgende Behandlung: 1. Man lege das Kind auf das Gesicht. 2. Besprenge die Hautoberfläche rasch mit kaltem Wasser. 3. Uebe einen sanften Druck auf den Rücken aus; wende das Kind auf die Seite und lege es unter gelinderem Drücken wieder auf das Gesicht. 4. Reibe die Glieder unter sanftem Drücken nach aufwärts. 5. Wiederhole die Bespritzungen, jetzt aber nur abwechselnd mit kaltem und warmen Wasser. 6. Setze diese Massregeln fort oder erneuere dieselben von Zeit zu Zeit, selbst während mehrerer Stunden. „*Lateat scintillula forsan.*“

Hanföl zur Beschränkung der übermässigen Sekretion der Brustdrüse. Von Contenot (Gaz. d. Hôp. 99. 1856.) Erwärmtes, frisches, durch Auspressen gewonnenes, Hanföl alle 2—3 Stunden auf die Brustdrüse applicirt, worauf dieselbe mit Watta bedeckt wird, bewirkt nach C. in 24—48 Stunden eine Verminderung der Milchsekretion um die Hälfte. Zur Verhütung von Milchmetastasen ist es räthlich, jederzeit Abführmittel mit obigem Mittel zu verbinden. Die Anwendung des Hanföls ist daher besonders empfehlenswerth in jenen Fällen, wo eine übermässige Sekretion der Brustdrüse neben gehemmter Exkretion vorhanden ist.

Anwendung des Collodiums zur Entwicklung der Brustwarzen. (Ung. Zeitschrift 1. 1857.) Wenn man bei den sogenannten Hohlwarzen den Warzenhof mit Collodium derart bestreicht, dass von demselben einschliesslich der Warze selbst etwa ½ Zoll frei bleibt, und um diesen freien Theil ein ¾ — 1 Zoll breiter Gürtel von Collodium besteht, so wird durch das sich zusammenziehende Collodium der freigebliebene Theil von der übrigen Brustdrüse wie abgeschnürt, und bildet einen regelmässigen, Brustwarzen ähnlichen Zapfen. Während der nächsten Tage bildet sich sodann durch den Saugreiz selbst die natürliche Warze besser aus.

Cuprum sulfuricum gegen Pneumonia. (Ung. Zeitschrift 41. 1856.) Mittler sah von der Anwendung des *Cuprum sulfuricum* in der Pneumonie in allen Stadien die glänzendsten Erfolge. M. gibt dieses Mittel anfangs zu 6—8 Gran täglich, nöthigenfalls mit Opium, und vermindert allmälig die Dosis auf 4, 3, 2 Gran täglich.

Holzkohle bei Masern und Cholera. Von Dr. Wilson. (Edinb. med. Journal 1856. — Schmidt's Jahrb. 1857. 3.) W. wandte schon längere Zeit die Holzkohlenklystiere mit günstigem Erfolge bei der Ruhr an. In neuerer Zeit reichte er die Holzkohle innerlich bei mit Diarrhoe verbundenen Masern und der Cholera, und fand, dass sie auch hier ihre absorbirende, den Zersetzungs-Prozess beschränkende und zugleich schweisstreibende Eigenschaften bewährte. und daher günstig auf die genannten Krankheits-Prozesse einwirkte. Als empfehlenswerth bezeichnet W. die leichteren Kohlen der Weide, des Korkes u. s. w.

Chlorkalium gegen Stomatitis exsudativa. Von M. Gibert. (Gazette Hebdomad. 1856. 23.) Dieses Salz, welches bei verschiedenen Entzündungen der Mundschleimhaut, von Blache auch bei der häutigen Bräune angewandt wurde, wirkt nach der Ansicht G. ausschliesslich als Topicum, da M. Isambert bewiesen hat, dass Chlorkalium innerlich genommen durch die Schleimhäute, und zwar namentlich durch den Speichel unverändert ausgeschieden wird. Bei der *Stomatitis exsudativa* ist die Wirkung dieses Mittels eclatant, indem die Heilung konstant, und schneller erfolgt, als bei alleiniger Beobachtung der sorgfältigen Reinlichkeit zu geschehen pflegt. Die Heilung findet statt, mag das Chlorkalium bloss örtlich angewandt, oder mag es innerlich gereicht werden, schneller jedoch scheint sie auf die örtliche Anwendungsweise zu erfolgen. Während von 11 Fällen 6 bei exspectativem Verfahren unter Beobachtung der erforderlichen Reinlichkeit und zwar in einem Zeitraume von 4 bis 14 Tagen heilten, fand bei sämmtlichen 24 Fällen, wo das Chlorkalium nach dem zweiten Tage der Erkrankung angewendet worden war, schnelle und vollständige Heilung statt, und zwar binnen 3 bis 13 Tagen.

Methodische Zuckerkur bei Darmkatarrhen der Kinder. Von DDr. Behrend und Sieber. (Journ. für Kinderkrankh. 1857. 1.2.) Bekannt ist die Anwendung des Zuckers gegen Katarrhe der respiratorischen Schleimhaut mit grosser Empfindlichkeit derselben als besänftigendes, reizmilderndes Mittel. Von der Analogie geleitet, wendeten die Verfasser den Zucker in grossen Gaben in einem Falle von chronischer Entzündung des Dünndarmes an bei einem 3 Jahre alten Knaben von schwächlicher Constitution. Derselbe erkrankte mit heftigem Fieber, schmerzhaften Koliken, Durchfall und erhöhter Empfindlichkeit des Bauches; obwohl es gelang, das Fieber zu mildern, dauerte der Durchfall fort, und mit ihm eine solche Empfindlichkeit des Magens, dass der Kranke Alles, was man ihm gab, wegbrach. Nur Zuckerwasser wurde vertragen und gierig genommen. Man schritt daher zur methodischen Anwendung des Zuckers, indem man dem Knaben stündlich $1/2$ Unze gepulverten weissen Zuckers mit etwas Wasser angefeuchtet gab; nebstbei erhielt er zum Getränke nur Zuckerwasser. Nach 5 Tagen liessen die kolikartigen Schmerzen nach, die Ausleerungen wurden sparsamer, enthielten zähen mit Galle gefärbten Schleim, und das Epigastrium war beim Drucke nicht mehr so empfindlich. Allmälig wurde dem Knaben Fleischbrühe mit Zucker versetzt, später mit etwas Eidotter gereicht, der Kranke erholte sich zusehends, konnte nun auch Bouillon mit etwas Grütze versetzt vertragen, und wurde vollends hergestellt, nachdem die methodische Darreichung des Zuckers fast 9 Tage gedauert hatte. — In derselben Weise wurde die Zuckerkur bei einem 4jährigen Knaben vorgenommen, welcher in Folge eines chronischen Darmkatarrhes in fast vollständige Atrofie verfallen war. In 3 Wochen erfolgte Genesung.

Heilung der Hemeralopie durch den Gebrauch gekochter Ochsenleber. Von Dr. Zsigmondy. (Oesterr. Zeitschrift f. praktische Heilkunde 1857. 7.) Verfasser macht auf dieses in Polen und Russland allgemein verbreitete Volksmittel neuerdings aufmerksam, und führt aus

seiner eigenen Erfahrung mehrere Fälle an, wo die Hemeralopie auf den Gebrauch der gekochten Rindsleber überraschend schnell, vollkommen und anhaltend geheilt wurde. Bei 3 Knaben, im Alter von 15, 9 und 6 Jahren, wovon der älteste seit 3 Wochen, die beiden jüngeren seit 2 Wochen am Nachtnebel litten, liess Verfasser die Dämpfe einer gekochten Ochsenleber vermittelst Papiertrichter an deren Augen leiten, und die Leber hierauf verzehren. Der einmalige Genuss der Leber reichte hin, schon am andern Tage die Hemeralopie verschwunden zu sehen. Ein anderer Fall bei einem 17jährigen skrofulösen Knaben, der über 1 Woche lang am Nachtnebel gelitten hatte, heilte ebenso rasch auf den alleinigen Genuss von einem halben Pfunde gekochter Rindsleber.

Atropinum sulfuricum bei Iritis und Keratitis. Von Prof. Arlt. (Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1857. 10.) Das *Atrop, sulf.* ist sowohl bei Iritis als auch bei Keratitis von grossem Nutzen, indem es bei ersterer der Gefahr der Synechienbildung und Pupillensperre entgegenwirkt, bei letzterer aber eine, vorzüglich wenn es zur Abscessbildung kommt, sehr wohlthätige Abspannung erzeugt. Es wird in der Dosis von 1 Gr. auf ½ ℨ *Aq. dest.* entweder auf den Bindehautsack oder auf die äussere Haut angewendet. Es hat den Vorzug, dass es die Conjunctiva nicht reizt, und in den *Humor aqueus* aufgenommen wird (Donders). Wenn man das *Atrop. sulf.* auf die äussere Haut anwendet, so ist die Erweiterung der Pupille schwächer und hält kürzer an, allein sie kann dafür längere Zeit ohne Nachtheil fortgesetzt werden, und ist bei der Operation der Cataracta vom grössten Nutzen.

Zur Therapie der Skarlatina mit diphteritischer Bräune. Von Dr. Blaschko. (Journal für Kinderkrankheiten 1857. 3. 4.) Bei der die Stadt Freyenwalde im Jahre 1854 heimsuchenden Scharlach-Epidemie, welche sich durch ihre Bösartigkeit, namentlich durch ausgebreitete in Gangrän übergehende Diphteritis der Mund- und Rachenschleimhaut äusserst verderblich für die Kinderwelt gestaltete, fand B. sowohl die Brechmittel, als Aderlässe, örtliche Blutentziehung, Einschnitte in die Mandeln, Bepinselungen mit *Nitras argent.* Gurgelwasser von Alaun unzureichend. B. liess nun, nach dem Rathe Peter Frank's zu wiederholtenmalen vom Beginne der Krankheit an Blasenpflaster auf die verschiedensten Gegenden des Halses legen, und verband innerlich den Gebrauch von *Acid. phosphor.* (ℨjj auf *Syr. rub. id.* ℥. theelöffelweise mit Zuckerwasser zweistündlich zu nehmen) und will durch diese einfache (?) Behandlungsweise in jener Epidemie die meisten Heilresultate erzielt haben.

Die Behandlung des Sklerem der Neugebornen mittelst Knetung und Muskelerregung, (*Bull. de Thérap.* 1856. — Schmidt'sche Jahrbücher 1856. 12.) Die Behandlungsweise, welche Legroux gegen das Sklerem vorgeschlagen hat, besteht im Kneten der verhärteten Stellen, welchem später passive Muskelbewegungen durch rasch aufeinanderfolgende, wechselweise Flexionen und Extensionen und vorsichtiger Druck auf den Thorax hinzugefügt werden. Nach H. Erfahrung wird dieser Behandlungsweise der Vorzug vor allen seitherig bekannten, gegen das Sklerem in Anwendung gebrachten, Heilmitteln eingeräumt, sowie H. darin eine Bestätigung seiner Ansichten über das progressive Erkalten der Neugebornen findet. Dasselbe begleitet stets das Sklerem, kann demselben vorangehen, oder erst folgen, kann aber auch als selbstständige Krankheit vorkommen. Dieses allmälige Sinken der Temperatur werde durch Wiederherstellung der Circulation, Respiration und folglich auch der Wärmeerzeugung am erfolgreichsten bekämpft, und dazu dienen äussere Erwärmungsmittel neben guter Ammenmilch und passiven Bewegungen, und das von Legroux empfohlene Kneten der leidenden Theile.

Kreosot gegen Erysipel. De Larue. (Rev. thér. du Midi X. 1856.) Verf. schreibt dem Kreosot eine directe spezifische Wirkung gegen das Erysipel zu. Er lässt eine Salbe aus 2 Gramm. Kreosot und 30 Gramm. *Axung. porc.* alle 2 Stunden auf die leidende Stelle aufstreichen, und will dadurch, neben strenger Diät, kühlendem Getränke und demulcirenden Klystieren jedesmal in kurzer Zeit Heilung erzielt haben.

Chlorsaures Kali gegen Scorbut. Brault. (Gaz. d. Hôp. 111. 1856. — Schmidt's Jahrbücher 1857. 2.) B. brachte bei einem 8jährigen Kinde binnen 8 Tagen durch den alleinigen Gebrauch von täglich 1—3 Gramm. chlors. Kali Heilung des Scorbuts zu Stande; auf dieselbe Weise heilte er durch 2—8 Gramm. täglich binnen 8—14 Tagen vier an dem Seescorbut leidende Seeleute.

Behandlung der Leukorrhoea infantum mittelst Koloquinten. (Lanc. franç. — Wien. med. Wochenschr. 1857.) Der Vaginalschleimfluss kleiner Mädchen wird in den Pariser Kinderspitälern erfolgreich (!?) durch folgendes Verfahren behandelt: Eine Koloquinte von gewöhnlicher Grösse wird mit 2 Pf. warmen Wassers aufgegossen und in dem zugedeckten Gefässe durch 24 Stunden macerirt. Ein Dritttheil davon genügt für ein 7—8jähriges Kind; es wird zuerst ein einfaches Lavement und sodann der Koloquintenaufguss im Klystiere beigebracht. Gewöhnlich erfolgen hierauf binnen 24 Stunden 7—30 Stuhlentleerungen, den Tag darauf noch 4—10, deren einige oft blutig zu sein pflegen. Während dieser Zeit werden schleimige Getränke und höchstens Suppe als Nahrung verabreicht. Am 2.—3. Tage befindet sich das Kind wieder wohl, und am 5.—6. Tage wird die Procedur wiederholt. Letzteres war unter 5 Kindern bei 3 3mal, bei den andern 4mal nothwendig, ehe völlige Genesung eintrat.

Leberthran gegen Rhachitis, Aless. Gambarini. (Ann. univ. Gennajo 1856. — Schmidt's Jahrb. 1857. 1.) G. beobachtete bei rhachitischen Kindern, welchen Leberthran gereicht wurde, schon nach den ersten 14 Tagen Zunahme der freien Bewegung der Gliedmassen und Vermehrung des Appetites; nach einigen Wochen wurde der Appetit noch lebhafter, die Ernährung besserte sich, und in demselben Masse verschwand die kachektische Farbe, Durchfall, wenn solcher früher bestanden hatte, hörte auf, die Muskelkraft nahm zu, und die Kinder wurden lebhaft und munter. Diese Besserung hielt den Winter über an. Langsamer erfolgte die Volumsabnahme des Bauches, und zuletzt erstreckte sich die Besserung auf das Knochensystem, indem eine Abschwellung der Epiphysen am Handgelenke nie vor dem dritten Monate, und auch dann nicht bei Allen bemerkt werden konnte. Noch später trat diese Volumsabnahme an den Knöcheln ein. Das vorgerückte Alter hatte keinen sichtlichen Einfluss auf die schnellere oder langsamere Heilung; ungünstige Verhältnisse konnten dieselbe wohl verzögern, aber nicht aufheben. G. zieht daraus den Schluss, dass die Wirksamkeit des Leberthrans bei Rhachitis schneller und sicherer sich bewähre, als diess bei der Skrofulose der Fall sei. Es wurde von ihm der gelbe oder gelbbraune, mitunter auch der weisse Leberthran angewendet. Die Wirksamkeit desselben liegt nach der Ansicht des Verf. nicht in einem einzelnen Bestandtheile, sondern in der Gesammtheit seiner Bestandtheile.

Oleum Filicis mar. gegen Taenia. Gull. (Guy's Hosp. Rep. III. 1855. — Schmidt's Jahrb. 1857. 2.) Das von G. gebrauchte Oel ist eine aus dem Rhizom von *Aspidium filix mas* gewonnene und bis zur Syrupsdicke eingedampfte Tinctur. Unter dem Mikroskope zeigen sich sehr zahlreiche, feine krystall. Nadeln und rhombische Platten entweder zerstreut, oder zu sternförmigen Massen zusammengehäuft. G. verabreicht das Oel zu 1—1½—2 ʒ in einem schleimigen Vehikel, am besten im nüchternen Zustande. Da es schon an und für sich purgirend wirkt, so ist es nicht

nothwendig ein Purgans damit zu verbinden. Auf diese Weise gelang es G. in vielen, mit den verschiedensten Wurmmitteln vergeblich behandelten Fällen die Taenia vollständig abzutreiben. Selbst bei 2—3jährigen Kindern zeigte dies Mittel keine schädliche Einwirkung auf den Organismus.

Panna als Bandwurmmittel. Küchenmeister. (Günsb. Ztschr. 1857. VIII.) Die *Panna afrikana*, welche nach Kunze von *Aspidium athamanticum* herrührt, dürfte nur dann den Vorzug vor der Granatwurzelrinde verdienen, wenn es erwiesen wäre, dass sie die *Taenia mediocanellata* sicherer und schneller abzutreiben im Stande ist, als dies mit der Granatwurzelrinde gelingt. Die *Taenia solium* ist 3' höchstens 6' lang; Taenien von 5 Mtr. aufwärts sind schon zu der *mediocanellata* zu rechnen. Uebrigens muss man bei der Messung der Länge eines Bandwurmes einige Vorsicht gebrauchen; nach K. gehen nämlich die menschlichen Bandwürmer stets noch lebend ab; es ist daher die Länge des Wurmes verschieden gross, je nach dem Grade der Zusammenziehung, welche er durch das Bandwurmmittel erfährt. Die grösste Länge erhält man, wenn man den Wurm 12—24 Stunden in gewöhnliches Bach- oder Flusswasser bringt, wobei er sich vollsaugt. Auch bezüglich des Wachsthums unterscheidet sich die *Taenia mediocanellata* von der *Taenia solium*, indem erstere in 9—10 Wochen vom Halse bis zum Schwanzende nachwächst, während letztere, obwohl kleiner, 11—12 Wochen dazu braucht. Da die Abtreibung der *Taenia solium* durch die Granatwurzelrinde ausserordentlich gut und schnell gelingt, so ist die Anwendung eines neuen Bandwurmmittels, wie der Panna, welche noch dazu viel höher im Preise steht, bei der *Taenia solium* überflüssig.

Tod nach 2 Tropfen Laudanum. Dr. Th. Balfour. (Edinb. med. Journ. Aug. 1856. — Schmidt's Jahrb. 1857. 1.) B. fand an einem 4 Tage alten Kinde, welchem von seinem Vater zur Beruhigung 2 Tropfen Laudanum gegeben worden waren, folgende Erscheinungen: Das Kind lag pulslos da, die Haut kalt, livid gefärbt, die Farbe jedoch häufig wechselnd, das Schlucken erschwert, der Herzschlag schnell, die Daumen nach Innen geschlagen. B. in der Vermuthung, es mit einer Atelectase der Lungen zu thun zu haben, wandte belebende Mittel an, doch ohne Erfolg, das Kind starb 13¼ Stunden nach dem ersten Auftreten der lividen Färbung. Die Section ergab mässige Todtenstarre, normalen Stand der Pupillen, bedeutende Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Häute, Blutreichthum der Lungen und der Leber, erstere schwach hepatisirt.

Zur Operation der Hasenscharte. Richard G. H. Butcher. (Dublin Quart. Journ. 1856. — Journ. f. Kinderkrankh. 1857. 1 u. 2.) Verf. hält die Zeit von der ersten Woche nach der Geburt bis zu Ende des dritten Monates für die günstigste zur Operation der Hasenscharte. Wiewohl dieselbe auch früher und mit glücklichem Erfolge unternommen werden kann, so zieht es Verf. dennoch vor, einige Tage nach der Geburt zu warten, um die Functionen des neugeborenen Körpers mehr in Ordnung kommen zu lassen. Gegen das spätere Vornehmen der Operation macht Verf. mit Recht die Umstände geltend, dass mit dem fortschreitenden Wachsthum des Kindes die angeborene Deformität grösser, folglich der operative Eingriff immer bedeutender werde, und dass bei gleichzeitiger, etwas grosser Gaumenspalte die Theile innerhalb des Mundes in ein solches Missverhältniss zu einander gebracht werden, dass wesentliche Nachtheile bezüglich der Stimme und Sprache für die ganze Lebenszeit und dadurch für die Geistesbildung daraus erwachsen. Auch ist die grössere Unruhe älterer Kinder, und der mit den Jahren zunehmende Widerwillen des Kindes gegen Nahrung nach der Operation wohl zu berücksichtigen. Der Heilungstrieb von Wunden im zarten Kindesalter ist ein sehr

energischer, und lassen sich frühzeitig nach der Geburt die abnorm gelegenen Theile der Lippen und Kiefer viel leichter adaptiren. Bezüglich der Wahl der Instrumente gibt B. der Scheere den Vorzug zur Wundmachung der Lippenspalte, lässt jedoch die Lippe mit einem Haken scharf abwärts nach der Mittellinie zu anziehen. In jenen Fällen, wo die Spaltränder hohl ausgeschnitten werden sollen, benützt B. eine flachgekrümmte Scheere. — Was die Nadeln betrifft, welche B. zur Anlegung der umschlungenen Naht bei der Hasenscharte benützt, so gleichen sie einer feinen Stopfnadel, sind äusserst glatt geschliffen, 2" lang und von der Spitze an etwa $^1/_2$ bis $^3/_4$" aufwärts dreikantig. Ein besonderes Gewicht legt B. darauf, dass die Nadel in beträchtlicher Entfernung von dem Spaltrande der Lippe ein- und ausgestochen werde, wobei man sich nicht nach der Dicke der Lippe zu richten habe. Die Nadeln müssen ausgezogen werden, sobald sich eine Spur von Ulceration zeigt; in den mitgetheilten Fällen geschah die Entfernung 56—78 Stunden nach der Operation. Um die nach der Heilung der Hasenscharte so häufig zurückbleibende kleine Bucht am rothen Rande der Lippe zu vermeiden, schnitt B. den Spaltrand halbmondförmig mit der oben erwähnten Scheere aus. Bei der doppelten Hasenscharte räth B. das Mittelstück der Lippe, selbst wenn es gross genug sein sollte, um bis an den freien Rand der Lippe hinabzureichen, nicht zu sparen, weil es fast niemals eine vollständige Vereinigung mit den beiden Seitenlappen eingehe, und eine zweifache, sehr entstellende Bucht am freien Lippenrande hinterlasse.

Heilverfahren gegen Panaritien, von Dr. Gerhard von Breuning. (Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde 1857. 6.) Dieses Verfahren, welches sich dem Verfasser in allen Fällen als erfolgreich bewährte, hat zur Hauptaufgabe, die Entzündung nach Möglichkeit zu mildern, und von der Beinhaut, somit von der nächsten Nähe des Knochens abzuziehen, und sobald es zur Eiterbildung gekommen ist, dem Eiter möglichst freien Abfluss zu verschaffen und die Eiterung zu fördern. Diesen Zweck erreicht Verfasser durch das Laugenbad. Der Finger wird stündlich, ja halbstündlich zu 15 Minuten in Lauge gebadet, und in der Zwischenzeit mit einer, in Lauge getränkten Compresse bedeckt; dasselbe Verfahren muss zur Nachtszeit fortgesetzt werden. Die Badetemperatur soll sich nach dem angenehmeren Gefühle des Patienten richten; je wärmer dieselbe vertragen wird, desto rascher wird die Heilung bewerkstelliget. Ist es zur Eiterung gekommen, so empfiehlt Verfasser dem Kranken, dass er mit dem Finger im Bade Bewegungen vornehme, und wenn er es über sich vermag, mit der andern Hand den Eiter hervordrücke. In der Zwischenzeit kann der Finger mit Sauerteig, oder feuchtem Lehm umlegt werden, und bei grosser Schmerzhaftigkeit der Finger mit *Extr. Bellad.* ʒj. *Ol. Hyoscyam. coct.* ʒjjj. beträufelt oder einer ähnlichen Salbe bestrichen werden. Wo die Entzündung gleich im Beginne ungemein heftig auftritt, sind vorerst Blutegel anzusetzen, sodann folgt obiges Heilverfahren. Auf diese Weise hat Verfasser stets, ohne je zu einem Einschnitte genöthiget zu sein, Heilung der Panaritien eintreten gesehen.

Die Syphilisation bei Kindern

ist der Titel einer kleinen Schrift von Professor W. Boeck zu Christiania, die von diesem rühmlichst bekannten Dermatologen im verflossenen Jahre erschien. Bei dem Umstande, dass unseres Wissens Boeck der Erste ist, der die Syphilisation als Heilmittel der secundären Syphilis bei Kindern anwandte, halten wir es für zulässig, deren Resultate hier mitzutheilen.

Nachdem wir bei den Lesern als bekannt voraussetzen, dass die von Auzias-Turenne entdeckte und von Sperino in die Therapie der secundären Syphilis eingeführte Syphilisation, speziell durch Prof. Boecks Experimente die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt auf sich zog, nachdem wir ferners als bekannt voraussetzen, dass Prof. Boeck bei der Syphilisation der Erwachsenen zu folgenden Resultaten gelangt ist: 1. dass bei der fortgesetzten Inokulation der syphilitischen Materie Immunität für dieses Gift entsteht; 2. dass die syphilitischen Erscheinungen, die im Anfange der Syphilisation zugegen sind, bei Fortsetzung der Inokulation schwinden, und dass endlich 3. das Allgemeinbefinden dabei nicht nur nicht leidet, sondern im Gegentheile sich bessert — so wollen wir nur für unsern Zweck das abweichende Verfahren und die Unterschiede im Verlaufe der Syphilisation der Kinder — wie selbe in drei Fällen beobachtet wurden — hier erwähnen.

Die Syphilisation ward bei den drei Kindern — von denen eines ein und ein halbes Jahr, eines ein halbes Jahr und eines sieben Wochen alt war — nur in 4—5 tägiger Inokulation primären Chankergiftes vollführt. Es wurden bei jeder Inokulation 2, höchstens 4 Chanker gesetzt. Die Entwicklung der Pusteln schreitet bei den Kindern gewöhnlich etwas langsamer vorwärts als bei Erwachsenen, nach 24 Stunden hatte sich zuweilen eine sehr kleine Pustel gebildet, aber häufig war nur Röthe, vorhanden und erst nach ein Paar Tagen fing die Entwicklung an. Die Pusteln erreichen selten eine Grösse von mehr als $1—2\frac{1}{2}$ Linien im Durchmesser, sie zeigen selten das charakteristische Aussehen wie bei Erwachsenen, sie sind gewöhnlich flacher und enthalten weniger Materie, Der nach denselben sich entwickelnde Chanker hat die gewöhnlichen Merkmale, aber er entwickelt sich langsamer, und ist oft mit einer kleinen Kruste bedeckt, unter der der Chanker der ersten Inokulationen drei Linien und darüber im Durchmesser erreichen kann. Mit dem weiteren Fortschreiten der Syphilisation werden die Geschwüre kleiner und oberflächlicher. Die Heilung geht wie gewöhnlich langsam vor sich und die Inokulabilität des abgesonderten Eiters kann sich lange — in einem Falle durch 26 Tage — erhalten. Die Geschwüre scheinen keine bedeutenden Schmerzen zu erzeugen, die Narben nach deren Heilung sind etwas deprimirt, wenig oder gar nicht pigmentirt.

Bei dem ein und ein halb Jahr alten Kinde mit acquisiter Syphilis in Form von Schleimtuberkeln dauerte die Syphilisation $4\frac{1}{2}$ Monate bis Heilung und Immunität eintrat. Das Kind bekam im Ganzen 50 Inokulationen und zwar 48 an den beiden Oberschenkeln und zwei an der linken Seite. Sechs und zwanzig gaben ein negatives Resultat, mithin hatte das Kind nur 24 Chanker. Die Materie der ersten Inokulationsgeschwüre behielt beinahe vier Wochen ihre Wirkung. Der zu inokulirende Eiter musste zu wiederholten Malen von den Geschwüren anderer Individuen genommen werden, da bei drei Pusteln der zuerst eingebrachten Materie

das Maximum der Gliederreihe drei war, und selbst diese Pusteln eingefallen und klein waren und wenig Eiter lieferten. Erst zwei Monate nach dem Anfange der Syphilisation waren die ersten künstlichen Geschwüre zugeheilt.

Bei dem ein halbes Jahre alten Kinde mit acquisiter Syphilis in Form von Schleimtuberkeln dauerte die Syphilisation 4 Monate und zwei Tage bis Heilung und Immunität eintrat. Das Kind erhielt im Ganzen 38 Inokulationen an beiden Oberschenkeln, von denen 15 keine Wirkung hatten, es hat also 23 Chanker gehabt. Die Inokulationsmethode war der im ersten Falle analog. NB. Der Verfasser bemerkt im Resumé dieses Falles, dass Immunität nach 2 Monaten und 22 Tagen eingetreten, und erst vier Monate und zwei Tage vom Beginne der Syphilisation an die Schleimtuberkeln geschwunden waren, allein den detaillirten Aufzeichnungen ist zu entnehmen, dass nach 3 Monaten und 7 Tagen, der Inokulation eine Pustel am 7. Tage folgte.

Das dritte, sieben Wochen alte Kind litt an hereditärer Syphilis. Die Form des Syphilides waren Flecken und Pusteln. Das Kind befand sich an der Mutterbrust und schien gut zu gedeihen. Das Syphilid bestand eine Woche. Die Mutter hatte vor sieben Jahren wegen constitutioneller Syphilis die Dzondische Kur durchgemacht. Die Immunität trat bei dem Kinde nach vier Monaten der Syphilisation ein, während die Heilung schon mit der sechsten Woche vollendet war. Während der viermonatlichen Syphilisation wurde 135 Mal inokulirt, von denen 31 ein negatives Resultat gaben; das Kind hatte also 104 Chanker. In diesem Falle liess sich die erste Materie in weniger Glieder fortpflanzen als diejenige, welche gegen das Ende der Syphilisation auf das Kind übergeführt wurde. Die grösste Gliederreihe war sieben. Die Inokulation ward an den Armen, Brustseiten und Oberschenkeln gemacht.

Keines der drei Kinder war früher mit Merkur behandelt.

Das Resultat der Syphilisation bei den drei Kindern war gleich dem bei den Erwachsenen, das wir Eingangs erwähnten. — Da die Heilung ohne jede Gefahr des Lebens ja sogar unter Besserung des Allgemeinbefindens und Gedeihens zu Stande kam, so ist dieser Methode vor der Behandlung mit Quecksilber der Vorzug einzuräumen, selbst wenn man den einen Umstand gänzlich unberücksichtigt liesse, dass Syphilisation den Erfahrungen bei Erwachsenen zu Folge eher vor Recidiven schützt als Merkur.

Ueber den Bau der Thymusdrüse

von **Dr. A. E. Jendrássik.**

(Aus den Sitzungsberichten der k. k. Akademie der Wissenschaften in Wien, Juli-Heft.)

Die Thymusdrüse ist nach Angabe Jendrássiks nicht in allen Fällen von gleicher Beschaffenheit. Sie kommt einmal mit durchgehends solidem Parenchym vor, ohne Spur eines Kanals oder sonstigen Hohlraumes und ein anderes Mal wieder in verschiedenen Uebergängen bis zur vollkommenen Erweichung, wo sie dann ein System verschieden grosser, unter einander communicirender und saftführender Höhlen darstellt.

Alle bisher von den Autoren gegebenen Beschreibungen der Thymustextur scheinen nur mehr weniger schon erweichten Drüsen entnommen zu sein. — Aber auch in den ursprünglich vollkommen soliden Thymusdrüsen kann man nach vorgenommener Maceration einen Centralkanal und entsprechend dem Fortschritte der Erweichung auch secundäre Nebenhöhlen nachweisen.

Die natürliche wie die künstliche Erweichung schreitet von der Centralachse der Drüse, wo in einem ausgebreiteten Bindegewebslager die Hauptvenenstämme verlaufen, nach der Peripherie. — Die natürliche Erweichung lässt sich mit keinem besonderen pathologischen Prozesse in Verbindung bringen, eher noch sind allgemeine Ernährungsverhältnisse von Einfluss, in so fern kleine und mittelgrosse Drüsen gewöhnlich ganz solid sind, dagegen grosse und besonders voluminöse Drüsen meistentheils schon Höhlen nachweisen lassen; jedoch kommen nach beiden Richtungen zahlreiche Ausnahmen vor.

Die Centralhöhle der Thymus, so wie die Höhlen der Lappen sind stets von einer bindegewebigen Membran mit nach verschiedenen Richtungen in Begleitung der Blutgefässe verlaufenden Faserzügen ausgekleidet. — Dieses Bindegewebsstroma dringt in alle Zwischenräume ein, umhüllt die Läppchen von allen Seiten und isolirt sie von einander so, dass, wenn eine Centralhöhle zugegen ist, diese in ihrer einfachsten Form, nämlich an Stellen, wo keine grösseren Lappen aufsitzen, Wandungen hat, die aus einem vielblättrigen Bindegewebe und den in diesen eingebetteten, isolirten Läppchen gebildet werden. — So lange aber noch kein Kanal entstanden, haften auch die Bindegewebszüge überall aneinander.

Diese von einander *isolirten* mit mannigfachen den Drüsenkörnern, Beeren oder Acini der Autoren entsprechenden Ausbuchtungen versehenen *Läppchen* stellen *die Elemente der Thymusdrüse* dar.

Sie besitzen eine — von ein- und austretenden Gefässen vielfach durchbohrte, wahrscheinlich nur aus einem mehrfach geschichteten, strukturlosen Bindegewebe gebildete Hülle; haben nicht nur — wie Ecker angibt, — ein *äusseres*, auf und zum Theil in der Hülle selbst sich ausbreitendes *Gefässnetz*, sondern *auch noch ein viel dichteres in ihrem Inneren.*

Es breitet sich dieses letztere vorzüglich im peripherischen Theile des Läppchens aus und bildet da ein so dichtes Netz, dass in blutreicheren aber nicht künstlich injicirten Exemplaren die Maschenweite stellenweise wenigstens kaum mehr den Durchmesser eines Blutkügelchens beträgt,

im Durchschnitt aber zwischen 0,006''' – 0,018''' wechselt. Abweichend von Köllikers Angabe findet der Verfasser erwähntes Gefässnetz aus Arterien entstehen, die selbst schon in viele kleine Zweigchen gespalten an verschiedenen Stellen der Peripherie in das Läppchen eintreten, während die Venen sich im centralen, an Capillargefässen viel ärmeren Theile des Läppchens zusammensetzen und dasselbe als ein oder wenige stärkere Stämmchen verlassend, mittelbar oder unmittelbar in die entlang der Drüsenachse verlaufenden und in einem reichen Bindegewebslager eingebetteten Central-Venenstämme einmünden.

Ausser diesem dichten Gefässnetz und den wenigen, dasselbe begleitenden sehr zarten Bindegewebsfasern wird das Innere des Läppchens von den verschiedenen bläschenartigen Elementen ausgefüllt, welche in den Gefässzwischenräumen eingelagert sind.

Als zumeist konstante Elemente und in überwiegender Mehrzahl sind freie Kerne, mit blassem, homogenem oder auch wohl granulirtem Inhalt vorhanden.

Viel geringer in Zahl und häufig auch gar nicht sind Zellen mit einem oder mehreren Kernen versehen, anzutreffen.

In selteneren Fällen kommen auch Fettzellen in den verschiedensten Uebergängen von der Fettmoleküle bis zur Grösse von 0,04''' vor.

Fettmoleküle selbst erscheinen bald in den Kernen und in Zellen eingeschlossen, bald auch frei, zerstreut oder in grossen Haufen gesammelt, mitunter auch füllen sie allein das Läppchen aus und von Kernen und Zellen ist keine Spur zu treffen. Diese Erscheinung ist jedoch durchaus nicht an das Vorhandensein eines besonderen pathologischen Prozesses gebunden, etwa wie Ecker meint — an Pneumonie, denn sie wird bei dieser oft vermisst und findet sich andererseits bei Tuberculose, Syphilis, Catarrh, Peritonitis etc. vor.

Sehr häufig sind auch die mannigfach geformten sog. einfachen und zusammengesetzten concentrischen Körper; sie erscheinen in Drüsen von, mehrere Monate bis Jahre alten Kindern immer in grösserer Anzahl als in solchen von ganz jungen, wo sie auch ganz und gar fehlen. Sie sind Involutionsgebilde, aller Wahrscheinlichkeit nach hervorgegangen aus der Umlagerung einer amorphen Substanz, um die zum Theil selbst schon mannigfach metamorphosirten Kerne und Zellen, und haben demnach eine analoge Bedeutung mit den *corpuscula amylacea* des Gehirn, den Prostatasteinen etc. — Auch ist entsprechend ihrer Grösse und Zahl das Capillarnetz im Läppchen immer mehr weniger verdrängt und zum Theile auch obliterirt.

Als seltene Erscheinungen treten noch im Läppchen auf: theils schon in der Metamorphose begriffene Blutextravasate. Nicht zu verwechseln sind diese höchstens stecknadelkopfgrosse, meistens aber dem freien Auge gar nicht sichtbaren Extravasate, mit den ausserhalb des eigentlichen Thymusparenchyms nur im interstitiellen Bindegewebe gelegenen oder auch wohl gar mit den gewöhnlichen Höhlen der Thymus, deren Saft bei allgemeiner Blutsepsis durch Haematin-Imbibition eine röthliche Farbe angenommen hat. Dasselbe beiläufig gilt von den mehrseitig angegebenen Eiterherden in der Thymus. Verfasser fand nur ein einziges Mal in der stark erweichten Drüse eines an Syphilis bullosa verstorbenen Kindes wirklichen Eiter. Und ebenso wenig war er im Stande, das Vorkommen von partialen Tuberkelablagerungen in der Thymus zu bestätigen. Nur einmal traf er in der Leiche eines an allgemeiner Tuberkulose gestorbenen vier Jahre alten Knabens an der Stelle der Thymus eine bei wallnussgrosse Tuberkelmasse, jedoch ohne alle Spur eines Thymusdrüsengewebes und vermuthet daher, man habe tuberkulöse Lymphdrüsen, die gewöhnlich durch dichtes Bindegewebe

an die Thymus innig angeheftet vorkommen, für eigentliche Ablagerungen in der Thymussubstanz selbst, irrig gedeutet. Dieselben Elementargebilde wie in den Läppchen sind auch im Thymussafte vorhanden, der je nach dem Grade der vorgeschrittenen Erweichung in verschiedener Menge in den Höhlen der Drüsen anzutreffen und stets von deutlich saurer Reaction ist.

So wie die grösseren Höhlen der Thymus nur nach eingetretener Erweichung entstehen, eben so hängt es auch von dem Fortschritte dieser ab, in wie weit die Läppchen selbst für die von der Centralhöhle aus eingeblasene Luft zugänglich sind, denn so lange die Läppchen nicht selbst erweicht sind, kann man weder eine Höhle in ihnen finden, noch auch feine Kanäle, mittelst welcher sie mit grösseren Räumen kommuniziren sollten.

Das Zustandekommen eines Systems zusammenhängender Höhlen in der Thymus bei eingetretener Erweichung, erklärt Dr. Jendrassik aus der an verschiedenen Stellen ungleichen Stärke der Läppchenhülle, da an dem peripherischen Theile das Läppchen durch das doppelte engmaschige Gefässnetz unterstützt wird, während sie an der Austrittsstelle der Läppchenvenen fast ganz fehlt, und daher auch an dieser Stelle der körnige Inhalt des Läppchens, wenn dieses aus irgend einer Veranlassung saftreicher wird und mehr aufquillt, aus dem Läppchen heraustritt und sich in das die Venen umhüllende Bindegewebe ergiesst; ist aber dies geschehen, so weiset ihm der weitere Verlauf der Venen und der sie begleitenden Faserzüge den Weg bis zur Centralachse der Drüse selbst, wo dann durch Auseinanderweichen der die hier verlaufenden grossen Centralvenenstämme einhüllenden Bindegewebsmembranen eine Centralhöhle oder ein Kanal zu Stande kommt.

Das Resultat der Untersuchung fasst der Autor in folgenden Satz zusammen:

Die Thymus ist eine aggregirte Drüse, deren Drüsen-Elemente die Läppchen darstellen, welche ihrem Baue nach die grösste Analogie mit den zum Lymph-System gezählten Organen, vorzüglich aber mit den Follikeln der Payer'schen Plaques im Darmkanale zeigen.

Kritik.

A. Kinder-Diätetik oder naturgemässe Pflege des Kindes in den ersten Lebensjahren von **Alois Bednař,** Dr. etc.

B. Kinder-Diätetik von Professor **Mauthner,** Ritter etc. Dritte vermehrte und veränderte Auflage.

Die Aufgabe, welche sich das „Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung" gestellt, erheischt es, dass ähnliche Schriften ausführlicher und gründlicher besprochen werden, als dies in anderen medizinischen Journalen der Fall ist.

Wenn irgendwo in der Medizin strenge und nüchterne Kritik noththut, wenn es in irgend einem Gebiete derselben von Wichtigkeit ist, auf der Warte zu stehen, um Wahrheit wie Irrthum, die da sich neu einbürgern wollen, zu bewillkommnen, oder ferne zu halten, so gilt dies vom Gebiete der Diätetik und ganz besonders von der des Kindes. In schrittmässiger Konsequenz zu Donder's Ausspruche: dass es eine der grössten menschlichen Leistungen sei, einer diätetischen Wahrheit den Sieg zu verschaffen, muss, im Gegenbilde, die Einbürgerung eines diätetischen Irrthums als eine der schlimmsten Bescherungen gekennzeichnet werden. Der Schaden, welchen der Letztere mit sich bringt, ist weitaus verderblicher als die Verbreitung eines falschen therapeutischen Satzes. Während nämlich hier der Eingriff auf einen bereits krankhaften Organismus statt hat, der häufig *morbum et medicum* überwindet, wird durch einen falschen diätetischen Lehrsatz in das Leben der grossen Zahl der Gesunden, in die Entwicklung ganzer Geschlechter ein Eingriff gethan.

Dies scheint der Redaktion dieses Jahrbuches der Standpunkt, auf welchen die Kritik sich zu stellen hat, wenn sie sich einer neuen Erscheinung auf dem Gebiete der Diätetik gegenüber sieht. Dies wird denn auch der Standpunkt sein, welchen die Beurtheilung der vorliegenden Kinder-Diätetiken einnehmen wird.

Diesen Standpunkt vorangeschickt, wenden wir uns zuerst an die:

A. Kinder-Diätetik von Dr. A. Bednař.

Der Verfasser scheint sich auf einen dem unsern analogen Standpunkt zu stellen, indem er, in seinem Vorworte, die Masse noch bestehender Vorurtheile und Irrthümer in der Kinderpflege, ihre Abwehr und Bekämpfung so wie die Verbreitung richtiger Grundsätze als Motiv seiner Kinder-Diätetik voranstellt.

Sehen wir nun, wie glücklich oder gründlich der Verfasser diese Irrthümer bekämpft, welche neue Grundsätze er dafür als Entgelt gibt, mit welcher Klarheit endlich und überzeugenden Darstellung er dies thut. Da müssen wir denn zunächst im Allgemeinen anerkennen, dass durch das ganze Buch ein redlicher und ernstgemeinter Kampf sich durchzieht, dass es von einer Wärme der Ueberzeugung diktirt und einer reichen Quelle eigener Anschauung entnommen ist, und in vielen Punkten, wie namentlich den Kapiteln: Ueberfütterung, Zähne, Würmer, die Ueberzeugung, die erstrebt wird, eine schlagende ist, wenn auch die Gründe und Waffen, die gegen die Vorurtheile und Irrthümer ins Treffen geführt werden, nicht immer neu und in anderen Kinder-Diätetiken häufig gebraucht sind. Allein nicht immer gleich glücklich war

der Verfasser in der Aufstellung und Geltendmachung neuer Grundsätze. Wie wir es gerne anerkennen und von einem so bewährten Beobachter im Gebiete der Pädiatrik, wie es der Verfasser ist, nicht anders erwarten konnten, sind in dem Buche manche neue und beherzigenswerthe Vorschläge, die das kundige Auge des Beobachters im heimischen Gebiete kennzeichnen. Allein ebenso auch begegnen wir Ansichten und Vorschlägen, welchen die Kritik, unparteiisch wie im Lobe, ernstlich und strenge entgegentreten muss, um sie, bevor sie zur Ueberlieferung der Diätetik geworden, auf ihren wahren Werth zurückzuführen. Unsere Kritik ist sich freilich bewusst, dass hier nur die Meinung gegen die Meinung kämpft; — sie wird aber dadurch, dass sie sich nicht bloss negirend verhält, sondern die Waffen objektiver Gründe entfaltet zu einer Berechtigten und Nutzbringenden. Gehen wir nun ins Detail, um zu zeigen, ob unser Urtheil begründet und gerecht ist.

In der „Einleitung“ warnt der Verfasser in gewichtiger und eindringlicher Weise die Mütter vor den Gefahren, die sie selbst über ihre Kinder heraufbeschwören, wenn sie die herrschenden Irrthümer und Vorurtheile nicht aufgeben sollten.

Im Kapitel „Ernährung“ wird mit Recht die Thatsache hervorgehoben, dass $^3/_4$ der Kinder an den Folgen unzweckmässiger Ernährung sterben. Es werden die Fehler in der Nahrung, nach der bekannten Weise, eingetheilt in die: durch die Menge und in die der Beschaffenheit. In Rücksicht jener wird nichts neues gesagt, aber ihre Darstellung ist klar und überzeugend; — über die Fehler nach der Beschaffenheit wird zu flüchtig hinweggegangen, während gerade hier von den Müttern die grössten Fehler begangen werden.

Kapitel Säugung. Hier ergeht sich der Verfasser über die Merkmale und Bedingungen der Geeignetheit der Mütter und Ammen zum Stillen. Wir halten dies für überflüssig, da diese Frage in jedem einzelnen Falle vom Arzte entschieden werden soll. Wir glauben daher, dass die ganze Auseinandersetzung, die Besprechung des Colstrum und dergl. füglich hätte wegbleiben können. Ueber die Säugung selbst gibt der Verfasser den zweckmässigen Rath, den Kindern bis zu 3—4 Monaten nur alle zwei, und später nur alle 3—4 Stunden die Brust zu reichen, indem er die Mütter recht eindringlich vor den Folgen allzuhäufiger Darreichung der Brust warnt. Aber im Widerspruch damit lesen wir S. 39, dass diese Ordnung und dieses Masshalten erst für den Säugling von mehreren Wochen empfohlen und der Rath gegeben wird: „dem Säugling in den ersten Wochen die Brust so lange und so oft zu reichen, als er das Bedürfniss darnach kund gibt.“ Wir begreifen in der That nicht, warum der Verfasser den Schaden der Ueberfütterung, vor dem er mit Recht die Mütter so eindringlich warnt, gerade bei den so viel schwächeren Verdauungsorganen des Neugebornen weniger fürchtet, warum er nicht lieber von vorne herein gleich die Angewöhnung an ein bestimmtés Masshalten angebahnt wissen will, und möchten die Mütter gerne gewarnt sehen, jenen Rath des Verfassers zu befolgen, wenn sie die Störungen der Verdauung frühzeitig von ihren Kindern abhalten wollen. In diesem Kapitel, welches übrigens durch seine Länge und die Durcheinanderwerfung der verschiedensten Gegenstände sehr an Deutlichkeit verliert, muss die Kritik noch einige Punkte zur Erörterung bringen. Hier zunächst die Ansicht des Verfassers, dass der Säugling häufig aus Durst schreit und dass demselben sodann Zucker- oder Reiswasser, ja dass diese dem Kinde auch dann gegeben werden sollen, wenn es nicht schreit. Wir glauben, dass die Milch, durch ihren so sehr überwiegen-

den Wassergehalt, eine Mischung sei, die, so lange das Kind gesund ist, den Hunger wie den Durst in gleichem Masse zu befriedigen geeignet ist, und dass, wenn das Kind aus Durst schreit, dasselbe krank ist, in diesem Falle aber der Arzt zu holen sei. Ein weiterer Rath, dem wir nicht beipflichten können, ist der, dass der Neugeborne in den ersten neun Tagen stets neben der Mutter liegen soll. Dies wird mit der Ansicht motivirt, dass die Mutter dem Kinde künstlich seine mangelhafte Eigenwärme ersetzen müsse. Wir glauben, dass es noch andere und eben so sichere Mittel gibt, die angemessene Temperatur des Neugebornen zu unterhalten, und bei welchen überdies Mutter und Kind weniger belästigt zu werden brauchen. — Endlich spricht der Verfasser in diesem Kapitel noch über das Stillen in krankhaften Zuständen des Kindes. Abgesehen von der Auseinandersetzung über die Zusammensetzung der Milch im Normalzustande sowie in den verschiedenen Krankheiten und während der Menstruation der Mütter und Ammen, die, nach unserer Meinung, für die Mütter überflüssig ist — so sehen wir den Verfasser die Erkenntniss und Heilung der Verdauungsstörungen des Kindes den Müttern und Ammen anheimstellen, indem er ihnen räth, den Kindern, wenn sie von Kolik, Erbrechen, Durchfall, (als den S. 65 für die Mütter aufgestellten Zeichen von Verdauungsstörungen) befallen werden, Reis- oder Zuckerwasser zu geben! S. 70 stellt er es sogar den Müttern anheim, den genannten Störungen und zunehmender Abmagerung durch 10—15 Tage zuzusehen und bloss diätetisch zu verfahren. Die ganze Darstellung der Diät in Krankheiten hätte, unserer Meinung nach, mit dem einen Worte abgethan werden sollen: bei jeder Störung der Verdauung allsogleich einen Arzt zu holen. — Noch eines müssen wir schliesslich von diesem über 50 Seiten umfassenden Kapitel zur Sprache bringen. Verfasser nennt S. 73 das Sprichwort: „Speikinder, Gedeihkinder" nur „halb wahr". Wir fragen, warum er nicht lieber gesagt: es sei durch und durch falsch! Denn abgesehen von allem übrigen, kann habituelles Erbrechen schon durch den Umstand niemals irgendwie gedeihlich sein, weil bei Säuglingen im Brechakt leicht Galle aus dem Duodenum in den Magen gelangt, welche bekanntlich durch Sättigung der freien Säure des Magensafts die Verdauung aufhebt oder doch stört. Vorurtheile solcher Art müssen nicht mit halben und vagen Worten bekämpft, sondern stets durch Bezeichnung derselben mit ihrem wahren Namen gründlich vertilgt werden — eine Methode, die der Verfasser übrigens in der Bekämpfung der andern Vorurtheile in so rücksichtsloser Schärfe und mit so vielem Glück zu handhaben verstand.

Kapitel: künstliche Ernährung, ist klar, einfach und kurz gehalten; die Vorschrift jedoch müssen wir ernstlich bekämpfen: dass die Kuhmilch, die dem Säugling gereicht wird, bis zum zweiten Lebensmonate $^3/_4$ Wasser — vom zweiten bis zum sechsten $^2/_3$ Wasser — — vom sechsten bis neunten die Hälfte Wasser und vom neunten bis zwölften $^1/_3$ Wasser beigemischt erhalten soll. Diese vom Verfasser vorgeschlagenen Mischungsverhältnisse sind nemlich weder mit der vergleichenden Zusammensetzung der Kuh- und Frauenmilch noch mit der Erfahrung im Einklange. Abgesehen von ältern vergleichenden Untersuchungen Simon's, Scherers und anderer, findet sich, nach den neuesten Untersuchungen (in Clarus Arzneimittellehre 1856. S. 351—52, Artikel Milch) in der Frauenmilch mehr Zucker und Butter als in der Kuhmilch, und Casein, im Mittel, nur um $^3/_{10}$ % weniger. Man begreift also, welcher Abbruch an Nahrungsstoffen — an Butter und Casein und mit diesem sofort an anorganischen Stoffen — an Natron, Kalk u. s. w. dem Säugling geschehen würde, wenn man,

nach dem Rathe des Verfassers jene grosse Wassermengen der Milch beimischen möchte. Auch widerspricht die Erfahrung dieser Verdünnung der Milch, indem Referent (der selber in früheren Jahren seiner Praxis solche Verdünnungen befürwortete) die hochgradigste Rhachitis und Anämie, bei der künstlichen Ernährung mit also verdünnter Milch, vielfach sich entwickeln sah.

Kapitel Entwöhnung. Bei dieser, als einer der bedeutsamsten Fragen der Kinderdiätetik, ist es Pflicht der Kritik, strenger als irgendwo die Lehren des Verfassers zu prüfen. Wir bedauern hier, in vielen Punkten, denselben nicht beistimmen zu können. Zuerst darin, dass der Zeitpunkt des Entwöhnens erst an das Ende des ersten Lebensjahres verlegt, oder gar, „bei kräftigen Müttern und Ammen" das Stillen über diese Zeit hinaus angerathen wird. Abgesehen davon, dass gegen den 10. Monat gewöhnlich schon 6 Zähne vorhanden sind, und das Kind demnach schon hiedurch auf eine andere Nahrung und nicht aufs Saugen angewiesen erscheint, machte Referent die Beobachtung, dass in der Regel (Ausnahmen seien zugestanden) die Stillenden gegen den 10. bis 11. Monat in geringern oder höhern Graden anämisch werden, ihre Milch sofort eine qualitative Abänderung erfährt, und die Kinder, die bis zum 8., 9. Monate blühend gewesen, abnehmen und ein schlechteres Aussehen gewinnen. — Noch mehr aber müssen wir der Art entgegen treten, die der Verfasser (S. 93) für die Entwöhnung aufstellt. Es wird nämlich viel zu unbestimmt und obenhin das Gewöhnen des Kindes an Fleischbrühe und Milch empfohlen, ohne dabei, was hier das wichtigste ist, *quantum et quale* so wie die methodisch von Woche zu Woche zu vermehrende Wiederholungszeit der darzureichenden Milch genau zu präzisiren. Der Verfasser, der in so vielen andern Abschnitten der breiten Behandlung nicht abhold schien, hätte hier, wo es sich darum handelte, den Müttern die Gefahren eines unmethodischen Abstillens zu Gemüthe zu führen, nicht leicht zu genau und zu detaillirt sein können. — Endlich stellt der Verfasser noch einen neuen Begriff des Entwöhnens auf, indem er die allmälige Aenderung der Ernährungsweise vom Momente des gänzlichen Abstillens bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre Entwöhnung genannt wissen möchte. Wir pflichten dem Gedanken des Verfassers vollkommen bei, dass in dem zweiten Lebensjahre noch nicht die Ernährung der Erwachsenen statt haben, sondern ein allmäliger Uebergang zu derselben angebahnt werden solle. Wir sehen jedoch keine Nöthigung den feststehenden Begriff der Entwöhnung zu verrücken, indem, wenn schon durchaus etwas Neues gesagt und ein neuer Name eingeführt werden sollte, dieser vielleicht in dem Ausdruck Uebergangsernährung oder in irgend einem ähnlichen gefunden werden konnte. — Am Schlusse dieses Kapitels wird noch S. 100 in einer Tabelle „ein Beispiel" der Ernährung der gesammten ersten Kindheit aufgestellt, welche Tabelle, wenn sie von den Müttern als Muster der Nachahmung — was sollte es auch sonst sein — aufgefasst würde, ihre, in den früheren Abschnitten gewonnenen Begriffe nicht anders als verwirren müsste. Denn in diesem „Beispiel" wird, im Widerspruch mit frühern Sätzen, gezeigt, dass der Säugling im fünften Monat keine Brust sondern Kuhmilch, dass das Kind im 14. Monate um 7 Uhr Morgens Kuhmilch, um 11 Uhr gebratene Aepfel, um 1 Uhr Suppe, Gemüse und leichte Mehlspeise, also mit Ausnahme der Milch eine ausschliesslich vegetabilische Nahrung (!) bekommen soll, während S. 94 gelehrt wird, dass das Kind zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahre mehr thierische als pflanzliche Nahrung geniessen soll.

Kapitel: Ernährung in der zweiten Kindheit. Verfasser fasst hier die ganze Zeit vom 3. Lebensjahre bis zum Jünglingsalter zusammen. Uns würde es passender geschienen haben, die zweite Kind-

heit, vom Gesichtspunkte einer besonderen Ernährungsweise, vom dritten Lebensjahre bis zum Beginne des Zahnwechsels einzuschränken und die Zeit von diesem bis zum Jünglingsalter als eine weitere Periode der besondern Ernährungsweise aufzustellen. Von diesem Kapitel, das viel Richtiges enthält, wollen wir der Sonderbarkeit halber erwähnen, dass uns der Verfasser daselbst eine Musterfamilie von einer Mutter mit 11 Kindern vorführt, die sämmtlich als Ideale der Gesundheit mit poetischem Aufwand geschildert werden und wobei uns, als *avis au lecteur*, erzählt wird, dass alle diese Kinder das ganze Jahr hindurch, keine andere Nahrung als folgende bekommen haben: „des Morgens einen Brei aus Mais, zu Mittag ein Stück trockenes Brod (die Rabenmutter! möchten wir ausrufen) am Abend eine Suppe, selten und bei besonderen Gelegenheiten, Fleisch und Wein." Hören wir nun noch zum Ueberflusse, dass „diese Familie niemals von einer schweren Krankheit heimgesucht wurde," so scheint kein Schluss gebotener als der, dass der Verfasser doch, anstatt auf so viel 100 Seiten eine Nahrungsordnung mühsam zu konstruiren, lieber ganz einfach die Lebensweise dieser Musterfamilie hätte hinstellen sollen. Auch sehen wir ihn, S. 111, das Korollar daraus ziehen, dass die Kinder in unserem Klima bei ausschliesslicher Pflanzenkost(!) eine vollkommene Gesundheit erreichen können, während er S. 106 aus dem Kauapparat des Menschen den ganz richtigen Satz abstrahirt, dass er ausschliesslich weder ein Pflanzen- noch ein Fleischfresser sein soll.

Kapitel: Eingeweidewürmer und Zähne, enthält eine höchst wirksame Bekämpfung des Vorurtheils der Laien: die meisten Krankheiten der Kinder von Würmern und Zähnen abzuleiten. Es geschieht diess so erschöpfend und mit solch schlagender und unwiderstehlicher Ueberzeugung, dass sich kaum etwas hinzufügen liesse und wir wünschen möchten, alle Mütter würden es lesen, damit diese so schädlichen und verbreiteten Vorurtheile in der Kinderpraxis endlich zu Grabe gehen.

Was die übrigen Kapitel betrifft, wie die „Einwirkung der Kälte," „Jahreszeiten," „Epidemien," „Impfung," „Erblichkeit," „Luft," „Licht," „Bewegung," „Erregung des Nervensystems," „Verfahren, wenn ein Kind krank wird," endlich das Schlusskapitel „grobe Irrthümer," so enthalten wir uns eines detaillirten Eingehens, indem wir bloss bemerken, dass in denselben manches Neue und manches Beherzigenswerthe enthalten ist.

Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass der Verfasser, wenn er den Fehler der meisten Werke über Kinderdiätetik, anstatt eines kurzen Katechismus ein dickes Buch zu schreiben, vermieden, wenn er das „*embarras de richesse*" bewältigt und sein so manches Gute enthaltende Buch auf ein viel kleineres zusammengedrängt hätte, den Zweck, den er sich gesetzt: Belehrung der Mütter, durch den Gewinn an Uebersichtlichkeit und Bündigkeit, viel sicherer erreicht haben würde.

B. Kinder-Diätetik von Professor Mauthner.

Die bekannte Thätigkeit und den nie rastenden Fleiss des Autors anerkennend, können wir nicht umhin, gleich im Vorhinein zu erklären, dass gedrängte Kürze, systematische Behandlung und Ausscheidung des Unnöthigen und Ueberflüssigen als *pia desideria* sich dem Leser des 272 Seiten starken, — mit Ausnahme der etwas unästhetisch entworfenen Vignetten — gut ausgestatteten Werkchens sogleich aufdrängen. — Die Entwicklungsweise des Kindes im Fruchthälter, die detaillirte physiologische Bildung der Zähne, die wiederholt gegebenen chemischen quantitativen und qualitativen Analysen der verschiedenen Milchsorten, die Angaben über die Eigenschaften der Muskelfasern, über die Zahl der

Nervenprimitivfasern gehören nicht für den *tiers-état* — für den doch ein solches Buch am meisten bestimmt ist — am wenigsten aber für dessen schönere Hälfte.

Für eben so unzulässig halten wir die zahlreichen Citate der Fach- und Schöngeistsliteratur; da der wissenschaftlichen Tendenz, — wie selbe der Autor voranstellt, — ohne derartige Beigaben vollkommen Genüge geleistet werden kann.

Dieses vorangeschickt, wenden wir uns nun, um sowohl der Sache als den Ansprüchen der Leser gerecht zu werden, zu einigen Details des Buches.

Im II. Abschnitte, pag. 23 legt der Verfasser die Ansicht nieder, „dass die Abweichungen der Schädelgestalt meist nur in der Verschiedenheit des Menschenstammes gelegen sind;“ wir könnten dies theilweise in Bezug der fünf Menschenracen zugeben; allein die Verschiedenheit der Schädelconformation der verschiedenen Völker der kaukasischen Race — die hiebei der Autor vor Augen gehabt hat — ist in ganz anderen und zwar anatomischen Grössenverhältnissen der Gehirntheile und in der verschiedenen Dicke der Schädelknochen begründet. Der Schädel des Ungarn unterscheidet sich nicht von dem des Slaven oder Deutschen in der Weise, dass man beide von einander unterscheiden kann.

„Dass die Haut der Neugebornen geeignet sei, Nährstoffe aufzunehmen, muss Referent in so lange als unbegründet halten, in so lange diese Annahme nicht durch Experimente constatirt ist; physiologisch unrichtig ist ferner die Angabe, dass der Grundstoff der Haut Zellgewebe ist: da man unter Haut auch die organischen Muskelfasern, die Schweiss- und Talgdrüsen die Gefässe etc. versteht, auch enthalten die Zellen der Haut keinen Dunst wie dies pag. 25 angegeben ist.

Die rothe und später gelbe Hautfärbung des Neugebornen ist keineswegs durch Blutaustritt in das Zellgewebe bedingt, eine selbst flüchtige pathologisch-anatomische Untersuchung stellt das als irrthümlich heraus; auch können wir die Angabe, „dass die fleischigen Theile des Neugebornen — unter denen der Autor hier vorzüglich die Athmungsmuskeln und das Herz meint — schon mehr ausgebildet sind, als die Knochen“ nicht gelten lassen und wir wollen in dieser Beziehung nur auf die Schlüsselbeine und die Rippen aufmerksam machen.

Das Rissigwerden der Haut bei Kindern in den ersten Lebenstagen leitet der Autor von der Entfernung des die Haut schützenden Fettes ab. — Allein diese Risse bilden sich gerade in der von Epidermidalzellen durchmengten, nunmehr an der Luft vertrockneten Fettschichte; auch können wir uns nicht mit dem Schutze von Wollhaaren einverstanden erklären; denn läge dieser Zweck in der Absicht der Natur, so müssten die Wollhaare copioser und länger werden, je mehr der Fötus der Reife entgegen geht, was doch factisch sich ganz entgegengesetzt verhält.

Dass der Autor im Widerspruche mit seiner Lehre „dass die Fettschichte der Haut ein Schutzmittel sei“, deren Nichtentfernung den lässigen Hebammen zum Vorwurfe macht, dass er ferner als Folge dieser Vernachlässigung Hautentzündung beobachtet haben will, konnte uns nicht recht einleuchten. — Durch die Erfahrung ist die Annahme des Autors widerlegt: „dass Zerrung des Nabelrestes, Nabelblutungen und gestörte Nabelverwachsung, Nabelhernien bedinge. Anatomisch unrichtig ist die Vorstellung, dass die Luftröhrenendigungen den Bienenzellen gleichen. — Dass die Blennorrhöe der Conjunctiva bei Neugebornen durch Erkältung oder grelles Licht entstehe, hätte Verfasser mit mehr Zurückhaltung hinstellen können; nöthig wäre es aber gewesen, das Publicum auf die Gefahr dieses Leidens aufmerksam zu machen, damit es nicht versäume schleunige Hülfe zu suchen.

Dass Rothsucht — als Folge eines kalten oder zu warmen Bades — sich auf die Gehirnhäute, Mundhöhle, Magen und Darmkanal ausbreite und gefährliche, ja selbst tödtliche Folgen haben könne, ist eine Ansicht, die kein Arzt heutigen Tages theilen wird.

Als lobenswerth müssen wir aus diesem Abschnitte hervorheben, die Bekämpfung der complicirten Kindertoilette, so wie die rationelle Befürwortung der freien Bewegung der Glieder des Kindes.

In dem III. Abschnitte stossen wir auf eine bereits veraltete Annahme, dass die Milch in den ersten Tagen des Wochenbettes zurücktreten könne. Wir glauben dass es Prof. Mauthner hier um einen Popanz zu thun war, damit er die Mütter zum Selbststillen, das er mit so eindringlichen Worten anräth, bewege. Dass die Schleimhaut des Verdauungsorganes der Kinder deshalb so viele Gase absondert (?) um dem äussern Luftdruck ein Gleichgewicht zu halten, was die Lungen allein nicht zu leisten vermögen, ist vollkommen unrichtig; wir verweisen nur auf den Moment, wo das Kind das Licht der Welt erblickt und auf die Leichen. — Prof. Mauthner geisselt mit Recht das Vorurtheil, dass das Schreien des Kindes Nahrungsbedürfniss bedeute, allein dass ein Kind bei häufigerem Saugen unreife Milch bekomme, verstösst gegen die Anschauung, die wir über Sekrete haben.

Unter den Anweisungen, die der Verfasser den selbststillenden Müttern gibt — deren einige sehr klar und praktisch richtig sind — scheint uns der Spuk, den die Convulsionen daselbst treiben, etwas übertrieben. Heftige Gemüthsbewegungen Säugender haben einen chemisch-vitalen Einfluss auf das Milchsecret, deren Folgen häufiger Indigestion des Säuglings als Convulsionen sind. Zweckmässig ist das im III. Abschnitte über das „Bad," über „Bewegung im Freien," über die „Lagerstätte" Gesagte.

Der Amme wird eine besondere Aufmerksamkeit in diesem Werkchen mit Recht zu Theil; wir stimmen vollkommen mit Prof. Mauthner überein, dass man gegen dieselben ungerecht verfährt und in vielen Fällen sollte der Arzt deren Anwalt gegenüber einer Mutter sein, die theils aus Mangel an Intelligenz oder aus blosser Laune in der Ernährerin ihres Kindes ein blosses Werkzeug oder eine Maschine sieht, die man mit einigen Gulden in Gang zu bringen vermag; jedoch sind wir nicht so enthusiastich, dass wir deren Brustdrüsensecrete eine Wirkung zuschreiben, die Blausucht, Fraisen und Athembeschwerden hebt, mit Ausnahme der Fälle, wo selbe Krankheitserscheinungen der Diarrhöe sind.

Die Instruction für die Amme ist in vielen Punkten trefflich; nur müssen wir die Annahme „dass wiederholte Brechanstrengungen des Säuglings den Magen und die Gedärme (?) ausdehnen, wodurch sie erschlafft und zuletzt gelähmt werden, und woraus sogar die häufig tödtliche Darmschwindsucht entspringen kann", als irrig bezeichnen. Die Darmschwindsucht — wahrscheinlich im vorliegenden Falle gleichbedeutend mit Darmatrophie — ist eigentlich eine Theilerscheinung einer allgemeinen Atrophie; die Darmatrophie kömmt unseres Wissens nie als einzeln dastehende pathologische Veränderung in der Leiche vor, und lässt sich nicht auf vorangegangene Paralyse zurückführen, sondern sie ist das nothwendige Resultat einer Mehrausgabe organischer Substanzen, eine Mehrausgabe, die dem Darmschlauche zur Last fällt.

Für einseitig halten wir die pag. 129 angeführte Angabe „dass oft an dem Nichtgedeihen künstlich aufgefütterter Kinder bloss das viele Zuckerwasser Schuld ist" wir sagen deshalb einseitig, weil der Autor im Kapitel der künstlichen Ernährung eine so reiche und gut ausgebeutete Erfahrung niederlegt, und unter den hundertfältigen Schädlichkeiten, deren Ergründung — wie Professor Mauthner selbst gesteht — so viele Schwierig-

keiten macht, ein einzelnes geringfügiges Moment als genügend ansieht, um das Gedeihen des Kindes hintanzuhalten.

Wir sind vollkommen mit dem Anathema des Professor Mauthner gegen den Gebrauch des Caffees einverstanden, allein die Beobachtung, dass der übermässige Genuss desselben Convulsionen und Paralyse gleichzeitig hervorgerufen, und dass diese Erscheinungen die Anwendung der Jugularphlebotomie erheischten, ist allenfalls eine Beobachtung, die in anderweitigen pathologischen Veränderungen des Organismus begründet sein dürfte.

Ueber die Jugularphlebotomie zu sprechen, bietet ausserdem eine Diätetik nicht den passenden Ort.

Gegen die absolute Verdammung des Zulpes wird heutigen Tages wol Niemand etwas einwenden, dass jedoch die daraus sich entwickelnde Säure das Zahnfleisch „gerbe," ist schwer nachzuweisen.

Der V. Abschnitt, der das Zahnen, Gehen und Sprechen umfasst, enthält viel Gutes, jedoch können wir uns daselbst mit manchen Ansichten nicht einverstanden erklären. Dass nicht alle Krankheiten während der I. Zahnungsperiode von den Zähnen herrühren können, ist unter allen Aerzten — die Kinder beobachten — eine ausgemachte Sache, nur in dem Punkte herrschen Meinungsverschiedenheiten, ob überhaupt der Zahndurchbruch krankhafte Erscheinungen als Fieber, Erythem, Stomatitis erythematosa etc. wie selbe der Autor annimmt, hervorbringen könne oder nicht. Die Argumente pro und contra sind schon vielfach und weitläufig erörtert worden, und wenn wir uns erlauben dürfen an dieser Stelle unsere Meinung abzugeben, so sprechen wir unsere Ueberzeugung dahin aus, dass das Hervorbrechen des Zahnes allein keine Krankheit bedingt. Prof. Mauthner führt wohl bei der Zahnung einen Ausspruch Hufelands an, „dass es immer ein Zeichen einer kränklichen Anlage sei, wenn Kinder ihre Zähne mit üblen Zufällen bekommen" und ist der Autor von der Wahrheit dieses Ausspruches vollkommen durchdrungen, warum ist man bei der Zahnung nicht so consequent wie bei der Vaccination? Die bedeutendsten medizinischen Capacitäten sind darin einig, dass die Vaccination nicht Scrophulose, Syphilis etc. erzeuge, sie ist nur eine Gelegenheitsursache oder *zufälliges* Zusammentreffen. Man hat über die Zahnung und die gleichzeitig mit derselben auftretenden Krankheiten weit mehr Erfahrungen und dennoch wird die Halbheit wie ein Schoosskind gehätschelt.

Der Artikel über „Gehen" und „Sprechen" hat die entgegengesetztesten Meinungen der Kritik hervorgerufen. Wir halten die Besprechung Beider in einer Kinder-Diätetik — die eine wissenschaftliche Tendenz hat — nicht für ganz überflüssig, allein Beide könnten weit kürzer abgehandelt sein.

Die geistige Entwicklung und Erziehung im ersten Lebensalter bildet den Schlussabschnitt des Werkchens. Diesem gegenüber befanden wir uns als Kritiker in einer solchen Stellung, dass wir einen Pädagogen uns zur Seite wünschten, der uns über manches daselbst Aufschluss geben könnte. Der Arzt muss mit dem Pädagogen und vice versa Hand in Hand gehen, wer Beides in sich vereint, hat auf den grösseren Dank der Mitmenschen ein unbestreitbares Recht.

Wenn der Autor das was wir Eingangs im Allgemeinen und im weiteren Verlaufe speziell gesagt haben einer Berücksichtigung werth erachtet, dürfte die IV. Auflage des Werkchens seinem Zwecke vollkommener entsprechen und die Liebe zur Kinderwelt, die den Autor beseelt, noch reichlichere Früchte ernten.

Inhalt.



NACHRICHT

für die Herren Subscribenten,

betreffend die

Fortsetzung des Jahrbuches

für

Kinderheilkunde und physische Erziehung.

Indem nun nach dem Erscheinen dieses vierten Heftes der I. Jahrgang des Jahrbuchs für Kinderheilkunde und physische Erziehung vollendet ist, so erlauben sich die Unterzeichneten das P. T. ärztliche Publikum zur Pränumeration auf den II. Jahrgang um so früher einzuladen, als zu spät eingesandte Bestellungen nur theilweise Berücksichtigung finden könnten.

Der wissenschaftlich-practische Zweck, welchen dieses pädiatrische Jahrbuch verfolgt, und die Art und Weise, wie diese Aufgabe gelöst wird, hat der Zeitschrift bereits einen ausgebreiteten Leserkreis im In- und Auslande verschafft, und nach dem bisherigen Erfolge zu urtheilen, ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, dass bald das Jahrbuch sich zum Central-Organe für wissenschaftliche Pädiatrik nicht blos in Deutschland, sondern selbst in Europa gestalten wird.

Dem veröffentlichten Prospectus gemäss, wird auch künftighin die Redaction bestrebt sein, Alles aufzubieten, um dem gesteckten Ziele, durch Vereinigung der besten wissenschaftlichen Kräfte, auf ihrem Felde zuzusteuern. Durch Mittheilung alles wahrhaft Wissenswerthen, was in diesem speciellen Zweige der Medizin erscheint, unter der Form einer Kritik, und endlich durch fleissige Verwerthung des Materiales, welches so viele Kinderheil-Anstalten bieten, gedenkt dieselbe das Interesse für dieses Unternehmen zu fördern und zu erweitern, und so durch Verbreitung pädiatrischer Kenntnisse, dieselben zum Gemeingut aller Aerzte zu machen.

Um den ausgesprochenen Zweck zu erreichen, wird die Verlagshandlung nichts unterlassen, was zur Förderung des Unternehmens vom artistischen Standpuncte aus geschehen kann, und macht in dieser Beziehung besonders auf eine Bereicherung des Jahrbuches aufmerksam, welche den practischen Werth desselben bedeutend erhöhen wird.

Indem nämlich durch Beschreibung einzelner krankhafter Zustände, welche sich besonders dem Auge als solche darbieten, dieselben nicht immer so deutlich und verständlich darzustellen sind, als es durch Anschauung möglich ist, so sind keine Kosten gescheut worden, derlei Zustände durch gute in den Text gedruckte xylografische Farbendrucke wiederzugeben, und erlauben sich Unterzeichnete auf die eingedruckte Abbildung aufmerksam zu machen, welche mit mehren anderen für eine Arbeit „Ueber Syphiliden im Kindesalter" des I. Heftes vom II. Jahrgange bestimmt ist, und welche die Haltung des Kopfes, den Ausdruck

der Gesichtszüge, die Form des maculos. syph. Ausschlages, so wie die übrigen selbst in der speciellen Beschreibung nicht zu erörternden pathologischen Symptome dieser Krankheit auf eine Weise wiedergibt, dass jeder geübte Kinderarzt die Krankheitsform ohne Mühe zu erkennen und der Anfänger selbe an dem Farbendrucke leicht zu studieren vermag.



Indem auf diese Weise sowohl die Herren Redacteure für Förderung des wissenschaftlichen, die Verlagsanstalt für den artistischen Werth des Unternehmens unablässlich zu sorgen bemüht sein werden, lässt sich auf eine um so grössere Theilnahme für das Jahrbuch hoffen, als schon der I. Jahrgang in so erfreulicher Weise Anklang fand.

Subscriptions - Bedingungen.

Man verpflichtet sich zur Abnahme eines ganzen Jahrganges der Zeitschrift in vier Vierteljahrsheften, jedes zu 5 — 6 Druckbogen in gr. 8°, zum billigen Preise von 4 fl. = 2 Thlr. 20 Sgr. Mit frankirter Postversendung 4 fl. 30 kr. = 3 Thlr.

Zu beziehen ist diese Zeitschrift gegen Einsendung des Betrages durch die unterzeichnete Verlagshandlung oder durch alle Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Die typogr.-literar.-artistische Anstalt in Wien.

(L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.)

Druck der typ.-lit.-artist. Anstalt.

Jahrbuch

für

Kinderheilkunde

und

physische Erziehung.

IV. Heft.

Dr. Fr. Mayr,
Primararzt des St. Josef-Kinderspitales in Wien,
Haupt-Redacteur.

Dr. L. M. Politzer,
Director des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes.

Dr. M. Schuller,
emer. Secundararzt der Wiener k. k. Findel-Anstalt.

Mitredacteure.

Wien, 1858.

Druck und Verlag der typografisch-literarisch-artistischen Anstalt.
(L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.)

Original-Aufsätze.

Ueber

Retropharyngeal-Abscesse bei Ki

Von Dr. **Bókai,**

dirig. Primararzte des Pester Kinderspitals.

Auf Grundlage mehrerer im Verlaufe der letzten 4 Pester Kinderspitale gesammelten Beobachtungen, wolle Beiträge zur Erkenntniss und Behandlung der Retrop Abscesse liefern, welche zu den gefährlichsten Krankl kindlichen Alters gezählt werden müssen, die meist e Handeln erfordern, widrigenfalls die Kinder dem diag Irrthume als Opfer fallen. Wir finden uns zur Mittheilu Beobachtungen um so mehr veranlasst, als die Literatur d krankheiten über diesen Gegenstand nur wenige selbstänc achtungen aufzuweisen hat. Selbst Barthez und Rilli die Besprechung dieses Leidens in ihrem ausgezeichneten E der Kinderkrankheiten, trotz des ihnen zu Gebote stehen senhaften Materials, in Ermanglung eigener Beobachtu die verschiedenen veröffentlichten Arbeiten Anderer, insl der DDr. Flemming, Grave, Bessems u. s. w.; B erwähnt in seinem Handbuche der Kinderkrankheiten nur obachteten Fall; West bespricht in der dritten Auflag Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten 2 beobacht Hennig, Bednař widmen diesem Artikel in ihren Leh nur wenige Zeilen; Romberg erwähnt in den von E gesammelten klinischen Wahrnehmungen und Beobachtung Fälle. In älteren Werken über Kinderkrankheiten finden wir Unerhebliches; hingegen finden wir in den Journalen für krankheiten hin und wieder einzelne Fälle aufgezeichnet. Die Handbücher der speciellen Pathologie und Chirurgie bring genauere Abhandlungen über diesen Gegenstand, aber m Berücksichtigung des kindlichen Organismus und ohne hin des Materiale eigener Beobachtungen.

Uns dienen zur Grundlage dieser Besprechung 10 in stalt beobachtete und 2 ausserhalb derselben behandelt die ersteren 10 wollen wir am Schlusse in Kürze mittheile

Die Retropharyngeal-Abscesse lassen sich in Betreff il stehungsweise in 3 Arten eintheilen, nämlich: in solche, idiopathisch aus einer Entzündung des Phary des denselben umgebenden Zellgewebes entw wobei die Entzündung theils catarrhalischen Ursprungs w

— in einem Falle — als metastatischer Prozess, unter dem Einflusse eines acuten Exanthems auftrat; zweitens in solche, die sich secundär durch Vereiterung entzündeter Halsdrüsen bildeten; und drittens in solche, denen ein Leiden der Halswirbel zu Grunde lag.

Diese Eintheilung der Retropharyngeal-Abscesse deutet schon im Vorhinein an, dass die Krankheitserscheinungen, insbesondere im Beginne des Leidens, verschieden sein mussten.

Die Symptome, die wir bei idiopathisch auftretenden Retropharyngeal-Abscessen zu beobachten Gelegenheit hatten, waren folgende: Im Beginne der Krankheit merkte man an den Kindern, die noch an der Brust waren, ein erschwertes Saugen, sie fassten die Brustwarze mit Begierde, liessen dieselbe aber schon nach einigen schwachen Zügen wieder aus und schrien, zum Zeichen ihrer Nichtbefriedigung. Auch bei grösseren Kindern stellte sich Schwierigkeit beim Schlingen, besonders festerer Nahrungsmittel, oder reizender Getränke ein; diese manifestirte sich überhaupt um so deutlicher, je bedeutender der Durst in Folge des fieberhaften Zustandes war. Das schmerzhafte Schlingen reizte die Kinder zum Weinen und zum Husten, in Folge dessen das Genossene häufig durch Mund und Nase wieder herausgestossen wurde. Die Respiration zeigte im Beginne der Krankheit keine Abnormität, welcher Umstand in Betreff der differentiellen Diagnose schon jetzt von Wichtigkeit war. Das zunächst Auffallende unter den objectiven Erscheinungen war, eine gewisse Steifheit des Halses bei den Bewegungen des Kopfes ohne äusserlich wahrnehmbare krankhafte Erscheinungen dieser Theile. Die Inspection der Rachenhöhle zeigte Röthe und Wulstung ihrer Wandungen. — Griff die Entzündung sowohl intensiv als auch extensiv weiter, und bewirkte die entzündliche Ausschwitzung eine stärkere Wulstung der den Pharynx auskleidenden Schleimhaut und eine Verengerung der Rachenhöhle: dann fanden wir auch die Stimme verändert, der Ton derselben wurde näselnd; das Sprechen oder Schreien war zwar nicht heiser, wohl aber dem ganz eigenthümlichen Tone ähnlich, den man hervorbringen kann, wenn während des Sprechens oder Schreiens, die den Mandeln entsprechende äussere Halsgegend beiderseits mit den Fingern zusammengepresst wird. Dieser Ton, einmal gehört, lenkt die Aufmerksamkeit selbst dort, wo alle anamnestischen Momente fehlen, sogleich auf den eigentlichen Sitz des Leidens; und ist auch gleichzeitig ein bedeutender Behelf zur Feststellung der Diagnose, was um so wichtiger ist, als diese Krankheit so häufig zu Täuschungen, insbesondere zu Verwechslungen mit Croup des Larynx Anlass gibt. — In diesem vorgerückteren Stadium der Krankheit fanden wir die Steifheit des Halses viel auffallender, dessen Muskeln erschienen straffer; die Kinder hielten ihren nach

rückwärts gebeugten Kopf beinahe unbew
gegen jede gewaltsame Bewegung desselben,
sucht, jedesmal erschwertere Respiration zu
das Uebel vorwärts, so merkte man bei gen
Halses, dass derselbe in seinem Umfange,
Unterkieferwinkeln entsprechenden Gegend,
Diese Anschwellung des Halses wird oft no
Abscess-Bildung beobachtet, und gibt nicht s
wechslungen mit scrophulöser Drüsenanschw
Kindern so häufig zu beobachtenden krankh
eben seiner Häufigkeit halber meist Ursache
Retropharyngeal-Abscesse ist. — Der fieberh
bei diesen idiopathisch sich entwickelnden Ab
ringern, bald stärkern Grade an; zugleich ste
steten Entwicklung der Krankheit auch die
War es bereits zur Abscess-Bildung gekommen
aufgezählten Symptome in einem viel höheren
mit deren Steigerung sich auch die Gefahr für
steigerte. Säuglinge vermochten nun kaum einzel
obwohl sie gierig nach der Brust haschten; bei
bei grösseren Kindern, verursachten die Schlingb
gitation und ein schmerzhaftes Verzerren der
nun einen ängstlichen Ausdruck beibehielten; d
besonders in horizontaler Lage immer heftiger,
schnarchend; jedoch nicht pfeifend oder zischend
des Larynx; bei grösseren Kindern war die Sprac
die Stimme im Allgemeinen beim Schreien und bei
los, schnuffelnd. Husten beobachteten wir nicht
Affectionen der Respirations-Organe als Complica
sondern er stellte sich auch bei Schlingversuchen,
der Rachenhöhle, und in Folge der bedeutenden
lung in der Mund- und Rachenhöhle ein, wodurc
noch mehr behindert, rasselnd, sogar röchelnd w
die genannten Bedingungen hervorgerufenen H
stets der eigenthümliche Character des croupö
Schleimansammlung nahm mit dem Steigen d
Folge der gesteigerten Schleimsecretion und des
gens, in einem so bedeutenden Grade zu, dass
Exploration der Rachenhöhle, die zur Festst
erforderlich war, noch mehr erschwert wurde.
tion der Mund- und Rachenhöhle fanden wir
gehäuften zähen Schleime, den *Isthmus faucium*
haut des Pharynx und der Nebenpartien
Niederdrücken der Zunge, welcher Act un
bei kleinern und grössern Kindern stets sch

sich einstellenden Brechreizes meist nur unvollkommen ausgeführt werden kann — bemerkte man an der hintern Pharynxwand eine in die Rachenhöhle reichende Wölbung, deren genauere Untersuchung aber immer mit dem Finger vorgenommen werden musste. Die Palpation ergab alsdann eine pralle, elastische Geschwulst, die dem Fingerdrucke nachgab und, soweit Fluctuation mit einem Finger ermittelt werden kann, uns das Gefühl derselben, oft aber nur undeutlich, wahrnehmen liess. Die Ausführung dieser Untersuchungsmethode musste, wegen der sich einstellenden Erstickungsgefahr, sehr rasch vollzogen werden. Mit der Zunahme des Abscesses wurde auch die Rachenhöhle verengt, das Gaumensegel nach vorn gedrängt, und zugleich in der Gegend des Unterkieferwinkels an einer, mitunter auch an beiden Seiten des Halses, eine stärker hervortretende, flach gewölbte, weiche Geschwulst wahrgenommen, die beim Drucke etwas empfindlich war und in der Tiefe eine undeutliche Fluctuation zeigte. Wurde auf diese Geschwulst äusserlich ein nur etwas stärkerer Druck angebracht, so steigerten sich die Athmungsbeschwerden derart, dass selbst Erstickungsanfälle eintraten, die mit dem Nachlasse des Druckes wieder schwanden. In diesem Zustande, wo der Abscess seine höchste Stufe erreichte, und durch seine Ausdehnung und Hervorragung ein mechanisches Hinderniss des Athmens und des Blutkreislaufes, besonders dessen Rückflusses vom Gehirne, bildete; fanden wir: livide Röthung des gedunsenen Gesichtes, hervorgetriebene Augäpfel, zeitweises Ausstrecken der Zunge, Erstickungsanfälle bei starker Rückwärtsbeugung des Kopfes und Schlafsucht; zu welchen Symptomen sich bei einem Säuglinge, in den letzten 24 Stunden vor Eröffnung des Abscesses, häufig wiederkehrende Convulsionen gesellten. Bei zwei Kindern mit beträchtlicher äusserer Geschwulst, beobachteten wir eine halbseitige Gesichtslähmung.

Weit dunkler ist das Krankheitsbild in solchen Fällen, wo die charakteristischen Symptome durch die krankhaften Erscheinungen anderer Affectionen der Mund- und Rachenhöhle gedeckt werden, indem daraus für die specielle Diagnose ein besonders erschwerender Umstand erwächst. Davon überzeugten wir uns in einem Falle, wo das an Eczema leidende tuberkulöse Kind, während der Behandlung, von Scharlach befallen wurde, mit dem ein diphteritischer Prozess in der Mund- und Rachenhöhle einherging. Hier zeigte die Schleimhaut dieser Theile Anfangs ebenfalls Röthung und Wulstung mit erschwerter Deglutition und vermehrter Schleimabsonderung; bald aber kam eine weissliche Exsudatschichte zum Vorschein, die sehr schnell ein schmutziges Aussehen annahm, und einen üblen Geruch verbreitete. Die Anschwellung der äussern Halsgegend hatte hier wenig Bedeutung, indem sie ebenfalls ein integrirendes Symptom diphteritischer Mundaffectionen ist, uns also

zum diagnostischen Anhaltspunkte nicl
verhältnissmässig grössere Anschwellun
ordentliche Verengerung des Isthmus
der innern Exploration mittelst des I
Vermuthung eines Retropharyngeal-Abs
Gegenwart jedoch, wegen des Vorherrs
lichen Symptome, hier, sowohl in prog
rapeutischer Beziehung, untergeordnete

Die bisher aufgezählten Symptome
die idiopathisch auftretenden Retrophary
wir die Symptome der secundä
Abscesse folgen lassen und zwar der
in Eiterung übergegangenen E
drüsen des Halses auftraten. Ver
Art der Abscesse viel seltener zur Beol
thischen; obwohl Halsdrüsenentzünd
Leiden des kindlichen Alters gehören.
ken, dass solche Drüsenentzündunge
catarrhalische Einflüsse hervorgerufen
der 4 Jahre in mehr als hundert Fäll
wicklung dieser Abscesse seltener Gel
die ihre Entstehung einer scrophulöse
mit einem derartigen Retropharyngeal-
Mädchen, stand vor dem Entstehen des
mit verschiedenen scrophulösen Affecti
nachdem es schon früher ein ganzes J
gelitten hatte. Bei dieser Kranken wa
gen Blepharodenitis, vorzüglich die Ha
deten zu beiden Seiten des Halses in
faustgrosse Geschwulst, die sich nacl
gegend, nach abwärts bis zu den Schl
wärts bis in die Nackengegend erstreck
Gegenwart dieser Geschwulst weder di
glutition beeinträchtigt. Erst nach Verl
es in einzelnen Theilen des infiltrirten
eitrigen Zerfliessung und zum Aufbruche,
hinterliess. Ungeachtet dieses äussern E
sich auch in der Tiefe des Conglomerat's
ein, und nun traten mit der grössern Sp
schwulst, sehr schnell auch Schlingbesc
klagte über ein Gefühl, als wenn ihr ein
stecken würde; sie klagte über stechende S
die sich in der Richtung der äussern
erstreckten. Bei der Inspection der Ra
auch hier, wie in den oben erwähnten Fä

Röthung der Tonsillen und der Pharynxwände, auffallende Verengerung des *Isthmus faucium* und Wölbung an der hintern Wand des Pharynx, die vom explorirenden Finger als eine gespannte fluctuirende Geschwulst erkannt wurde. Ein auf diese Geschwulst in der Rachenhöhle angewandter Druck, bewirkte keinen reichern Eitererguss auf den an der äussern Halsgegend befindlichen Geschwürsflächen. Husten, Heiserkeit waren hier nicht zu beobachten; die Stimme hatte denselben Nasalton wie oben erwähnt wurde; die Schleimanhäufung in der Mund- und Rachenhöhle war hier viel geringer, was wohl auch dem Umstande zugeschrieben werden konnte, dass die Kranke im Ausspucken nicht behindert war. Aber auffallender war die Röthe des Gesichtes, meist in Folge des, durch die bedeutenden Drüsengeschwülste am Halse, im hohen Grade beeinträchtigten Rückflusses des Blutes vom Kopfe; Gehirnsymptome waren jedoch keine zu beobachten, und der fieberhafte Zustand war nur mässig.

Diese Art der Retropharyngeal-Abscesse stiess also, in Bezug auf Diagnose, auf viel geringere Schwierigkeiten, als die vorangeschickte erste Art und die nun nachfolgende Dritte, welche ihren Ursprung einem Eiterungsprozesse der Halswirbel verdankt.

Dieser dritten Art gingen monatelang Erscheinungen voran, deren Complex das Vorhandensein eines Halswirbel-Leidens ausser allen Zweifel setzte, das erste wahrnehmbare Symptom war eine schmerzhafte Empfindlichkeit in der Nackengegend, ohne andere auffallende äusserliche Veränderungen; die Bewegungen des Kopfes wurden erschwert und steigerten den Schmerz; aus welchen Symptomen man das Uebel leicht für einen Muskel-Rheumatismus halten konnte. Im Verhältnisse zur längern Dauer dieses Zustandes, zog der krankhafte Prozess auch die benachbarten Weichtheile der Halswirbel in sein Bereich, und erstreckte sich die durch entzündliche Ausschwitzung bewirkte Geschwulst an den Seitentheilen des Halses bis zum Nacken. Nun wurden die Bewegungen des Kopfes und Halses in einem höhern Grade behindert; der Kranke hielt den Kopf, indem er denselben etwas nach rückwärts neigte, derart angezogen, dass der hintere Theil des Halses eine mässige Aushöhlung bildete, und beide Schultern eine höhere Stellung einnahmen. Dadurch wurde die Drehbewegung des Kopfes ganz gehindert, und nur einigermassen durch die Drehung des ganzen Rumpfes ersetzt. Die Lage des Kranken war stets eine Rückenlage; die Seitenlage kostete ihm grosse Anstrengung, und verursachte grössere Schmerzen. In sitzender Lage merkte man ein Zittern des nach rückwärts geneigten Kopfes, und es schien, als wenn der Rumpf die Bürde des Kopfes nicht zu tragen vermöge; desshalb trachtete der Kranke seine Körperlage durch sorgfältiges Unter-

stützen mit seinen beiden Händen zu siche
cher Gesichtsausdruck kundgab. — In d
das Uebel mehrere Wochen, bis sich er
Zerfliessung des Exsudats einstellte, und
auftraten, die sich auf die Gegenwart des I
beziehen. Die langsame Entwicklung
zugleich auch Ursache, dass in der Symp
keine Veränderung zu beobachten war.

In der Privatpraxis kam uns ein 4
dem ein solcher Zustand schon mehrere
ausser den erwähnten Symptomen am a
schnarchende Athmen während des S
vor der Krankheit nicht beobachtet wur
chen Gesunder dadurch unterschied, d
mehr dem röchelnden Athmungsgeräus
beinahe viertelstündlich den Knaben im
nicht aus den Mittheilungen des Ordina
men, dass dieses erschwerte Athmen w
seit Beginn der Krankheit bestehe, u
Kind nicht früher im wachen Zustand
wir würden leicht geneigt gewesen se
zu stellen, dass sich das Kind in au
befinde; was freilich bei diesem, je
näckig Trotz bietenden Leiden, mit de
Hier war bereits eine Halsgeschwulst v
höhle zeigte nur eine Röthung und W
noch keine hervorstehende, fühlbare
der Luftröhre sprach kein Symptom
weitere Verlauf der Krankheit unse
in Betreff des Wirbelleidens und
Abscess-Bildung. — Bei dem in der
ken war dieses Athmungssymptom
Grade vorhanden, und steigerte sich ei
Die eingetretene Eiterung äusserte sich
äussern Weichtheilen der rechten Sei
durch einen höhern Wärmegrad der C
bläuliche Röthe der Haut, grössere Schm
und, statt der bisherigen härtlichen Con
— aber selbst bei sehr genauer Explor
Beschaffenheit dieser Geschwulst. Unter
auch die Bewegungen des Unterkiefers
Schmerzen in der Subauricular-Gegend

Mit der Zunahme der äussern Ge
all' die Erscheinungen beobachtet, die
Beschreibung den Retropharyngeal-Abs

wir am Schlusse dieser Abhandlung in der Krankengeschichte Nro. 8 noch einmal näher berühren werden.

Aus dieser Eintheilung der Retropharyngeal-Abscesse ergeben sich von selbst deren nähere und entferntere Ursachen.

Die erste Art der Abscesse verdankt ihren Ursprung einer Entzündung der Pharynxwand und des sie umgebenden Zellgewebes; diese Entzündung ist gewöhnlich catarrhalischer Natur, und wird grösstentheils durch schädliche Einflüsse der Atmosphäre, meist bei rauher Witterung, hervorgerufen. Dafür spricht die Mehrzahl der von uns beobachteten Fälle, welche meist in der kältern Jahreszeit zur Beobachtung kamen, wo catarrhalische Halsleiden an der Tagesordnung waren; mithin glauben wir nicht ohne Grund zu behaupten, dass die häufigste Ursache dieser Abscesse in einer sich zu einem höhern Grade entwickelnden catarrhalischen Entzündung zu suchen sei, welche in kurzer Zeit auch die übrigen Schichten des Pharynx ergreift. Dass aber ausserdem auch andere, theils mechanisch, theils chemisch einwirkende schädliche Einflüsse, wenn sie die Schichten des Pharynx, dessen Zellgewebe, oder den hinter dem Pharynx befindlichen Bandapparat treffen, zur Erzeugung der idiopathischen Abscesse Anlass geben können, kann — obwohl wir es nicht selbst beobachteten — vernünftiger Weise nicht in Abrede gestellt werden. Acute Hautausschläge, Typhus, Pyämie können ebenfalls zur Entstehung solcher Abscesse beitragen, diess bestätigen auch die Erfahrungen Anderer, und unter den von uns beobachteten Fällen ein Scharlach. Die grösste Disposition für diese, durch die aufgezählten erregenden Ursachen hervorgerufenen idiopathischen Abscesse, scheint unsern Beobachtungen gemäss das Säuglingsalter und die erste Zahnungsperiode zu haben.

Die zweite Art, die sich secundär entwickelt, findet ihre nächste Ursache in einer Vereiterung der Halsdrüsen, und zwar, nach unserer Erfahrung vorzüglich dann, wenn das Ergriffensein der Drüsen durch eine scrophulöse Dyscrasie bedingt ist. Hier entsteht der Retropharyngeal-Abscess durch Eitersenkung, die durch den Verlauf der *Fascia cervicalis* begünstigt wird. — Dass diese Abscesse, ohngeachtet der häufig vorkommenden scrophulösen Drüsenentzündungen, dennoch so selten Gegenstand unserer Beobachtung sind; ist nur *aus dem Umstande erklärlich*, weil die anatomische Lage der *Fascia cervicalis, insbesondere ihres* tiefliegenden Blattes, der *Fascia bucco-pharyngea, nicht immer* in dem günstigen Verhältnisse zum Eiterungsherde steht, um die Eitersenkung und Abscessbildung *hinter dem Pharynx* befördern zu können. Andererseits aber schliessen eben diese anatomischen Verhältnisse, bei scrophulöser sowohl als anders-

gearteter Entzündung der Halsdrüsen, d
lung von Retropharyngeal-Abscessen ir
schädliche Potenz, die zur Entstehung v
gen beiträgt, auch als entferntere Urs
Abscesses betrachtet werden.

Demnach muss dasjenige Alter, w
zündungen überhaupt, dem Auftreten d
sondere günstig ist, zugleich auch f
secundären Abscesse als günstig betrach
die das zweite Zahnen in sich fassende L

Die dritte Art der Retropharynge
Ursprung aus einem Leiden der Halswir
ein secundäres Uebel, durch einen Eite
vordern Fläche der Halswirbel
apparate bedingt.

Die nächste Ursache ist also eine Er
mag dieselbe tuberculöser Natur sein —
Wirbel — oder in Folge anderer dynam
wirkender Potenzen; zu welchen erstern
zu den letztern aber allerlei Verletzungen

In Bezug auf Alter, scheint auch hie
Art, die dritte Periode des Kindesalters ei
dafür abzugeben.

Die Prognose kann bei der ersten
nur bedingungsweise gestellt werden; d
des Abscesses unterlassen, so ist es zwei
solche Verzögerung und Gewärtigung d
bevorstehenden Gefahr vorgebeugt werden
merken, dass in diesem zarten Kindesalte
während eines Erstickungs-Anfalles erfolg
anderer Beziehung ist der Aufschub der Er
dadurch die Eitersenkung im Verlaufe de
anterior begünstigt, und zur Bildung eines
cesses Anlass gegeben wird; welcher der An
mittel jedenfalls mehr Hindernisse in den W
der Kunst weniger zugänglich ist. — Wird h
des Abscesses bei Zeiten unternommen, dan
thischen — vorausgesetzt, dass er rein entzi
Heilung mit Sicherheit zu erwarten. Mit der E
und der Entleerung des Eiters, schwinden e
fahr drohenden Symptome; das noch vor eini
dem Tode ringende Kind, mit lividem Gesi
sichtsausdrucke, stierem Blicke, röchelnd
sowohl die Brust als auch Getränke und Nahru
beginnt nun freier zu athmen, sein Gesicht

Röthe, die Züge werden heiterer, der Blick freier, die Stimme reiner; der Säugling sucht sein erstes und grösstes Bedürfniss zu befriedigen, und greift gierig nach der Brust, aus der er nun mit Behagen saugen kann; so können auch grössere Kinder das dargereichte Getränk mit Leichtigkeit schlingen, denn da der Inhalt des Abscesses entleert worden ist, fallen dessen Wände zusammen, die Lichtung der Rachenhöhle wird weiter, und das bisherige Hinderniss des Schlingens verschwindet.

Anders verhält sich die Sache bei den sogenannten metastatischen Abscessen; hier wird die Eröffnung des Abscesses kaum einen günstigen Verlauf in Aussicht stellen, denn derselbe ist nur als ein Symptom des Allgemeinleidens zu betrachten, unter dessen Einfluss er sich entwickelte. Die Eröffnung des Abscesses kann also nur die dringende Gefahr beseitigen, aber keineswegs die Gefahr, die aus dem Allgemeinleiden — der krankhaften Blutmischung — resultirt. —

Günstiger ist die Prognose bei der zweiten Art der Abscesse; denn trotz ihrer secundären Entwicklung sind sie mehr als lokales Leiden zu betrachten, dessen rationelle Behandlung in der Mehrzahl der Fälle erfolgreich sein wird. Die Beurtheilung der Gefahr hängt hier von der Ausdehnung des primären Drüsenleidens, und wenn dies scrophulöser Natur ist, von dessen Grade ab.

Am ungünstigsten ist die Prognose bei der dritten Art der Retropharyngeal-Abscesse; weil hier auch dann, wenn die Eröffnung des Abscesses entweder von selbst, oder durch die Kunst frühzeitig erfolgt, nur die durch die Gegenwart des Abscesses bedingte augenblickliche Gefahr beseitigt; der traurige Ausgang jedoch nicht hintangehalten werden kann, der nothwendigerweise aus dem ursprünglichen Halswirbel-Leiden — selbst wenn es nicht tuberculöser Natur, sondern aus einer andern dynamischen oder mechanischen Ursache entsprang — erfolgt. Im Allgemeinen ist der Verlauf dieses Leidens sehr langsam, ähnlich dem Verlaufe der Spondylarthrocace, mit welcher es seiner Natur nach identisch, und nur in Betreff der Lokalisation verschieden ist. Bei Beiden kommt es zur Abscess-Bildung; aber das verschiedenartige Erscheinen der Abscesse findet immer in der anatomischen Lage der benachbarten Gewebe, und im Verhältnisse dieser zum eigentlichen Sitze des Eiterungsherdes seine genügende Erklärung.

Therapie. Eine zweckentsprechende Behandlung der *Retropharyngeal-Abscesse* hängt stets von der genauen Bestimmung *ihrer* Art ab; idiopathische Abscesse verlangen vorzüglich Berücksichtigung der ihnen zu Grunde liegenden Entzündung; eine rationelle Antiphlogose im Beginne des Uebels, wird am schnellsten zum Ziele führen.

Unter den antiphlogistischen Mitteln räumen wir hier der lokalen Anwendung der Kälte unbedingt den ersten Platz

ein; sie wird dort, in ihrer Anwendung ... besten und schnellst... stehen, gewiss die ...

Es gelang uns in vielen Fällen ... diese durch die topische Anwendung de... men zum Schwinden zu bringen, oder ... schreiten derselben auf die übrigen Sch... zu verhindern, und so alle mit der Al... Gefahren abzuwenden. Um desto gr... dieses Mittel dann, wenn die Kranke... wirkungen ist. Es muss jedoch bemer... gische Mittel in der kinderärztlichen ... Lebens-Alter, auf verschiedene oft ... stösst, die seiner Anwendung engere... meistens nur auf das reifere Kindes-Alte... dürfen wir uns durch eingewurzelte ... Publikums nicht beirren lassen, wenn ... Bahn des alten Schlendrians zu verla... überhandgenommene Herrschaft der v... taplasmen zu bekämpfen, um einem ... verfahren Platz zu machen.

Im Kinderspitale wenden wir d... immer in Form eines kalten Mund... Erfolge die wir bei andern entzündlic... erzielten, haben uns auch hier zu de... Das kalte Mundwasser muss jedoch, ... soll, fleissig angewandt werden; und n... durch äusserliche, über den Hals und ... cirte und häufig zu erneuernde kal... stützt werden. Hat sich der Entzün... heftigen Phlegmone auf die Pharyn... werden statt des einfachen kalten W... bis zum Zerfliessen im Munde geha... darauf vermindern sich die Entzündung... ler, als auf die aus den üblichen Thee... den lauen Mundwässer, welche überdie... schwierig anzuwenden sind, als die Ei... nöthigenfalls auch äusserlich durch Eis... werden.

Wo das Alter des Kindes weder ... Mundwassers, noch der Eisstückchen ... wir uns auf fleissige kalte Mundwaschu... der Zustand erfordert, Alaun beimen... unausführbar ist, lassen wir statt ihrer ... chens zeitweise mit einem Alaunlinctus ... selungen geschehen am besten mittelst ...

Pinsels, bei dessen Anfertigung man darauf achte, dass er fest gebunden sei, weil der herabgleitende Bausch leicht Erstickungszufälle bewirken könnte. Der Alaun kann ausserdem in Form eines feinen Pulvers in die Rachenhöhle eingeblasen, oder mit dem befeuchteten Finger in die betreffende Stelle eingerieben werden. Schon der sich leicht einstellende Brechreiz erheischt es, dass die Anwendung dieser Mittel mit einer gewissen Geschicklichkeit und Schnelligkeit geschehe. — Noch wollen wir hier des *Nitras argenti* Erwähnung thun, welcher theils in einer concentrirten Lösung, theils in Substanz mit gutem Erfolge angewandt werden kann; aber wir unterlassen dessen und noch anderer adstringirender und caustischer Mittel nähere Erörterung, indem deren Gebrauch stets von dem speciellen Falle abhängt.

Oertliche Blutentleerungen werden dann angezeigt sein, wenn die entzündliche Schwellung der Rachen-Schleimhaut so bedeutenden Grades ist, dass dadurch Schlingen und Athmen noch vor eintretender Eiterung ausserordentlich erschwert, und neben dem heftigen Fieber, Symptome einer Gehirnhyperaemie beobachtet werden. Ausser der Kälte wird hier eine hinreichende Anzahl Blutigel, in die Gegend des Unterkieferwinkels angelegt, zur Beschwichtigung der krankhaften Erscheinungen beitragen. — Wo ohngeachtet dessen der Zweck nicht vollkommen erreicht werden kann, dort ist es räthlich, Scarificationen der hintern Wand des Pharynx vorzunehmen.

Gelang es unserer Behandlung nicht, die Entzündung in ihrer weitern Entwicklung zu hemmen, und ist vielmehr die Beförderung der Zertheilung und Aufsaugung des Exsudates angezeigt; oder sind bereits Zeichen eines eitrigen Zerfliessens und eines beginnenden Abscesses zu beobachten: dann wird es an der Zeit sein, langsam einen Uebergang von der Kälte zu den erweichenden warmen Umschlägen zu machen, durch die wir diesen Anzeigen noch am zweckmässigsten entsprechen werden. — Wir gebrauchen dieselben stets in der Form von Breiumschlägen, tragen aber hierbei dafür Sorge, dass sie durch ihre Schwere Kehlkopf und Luftröhre nicht belästigen, die Respiration nicht noch mehr erschweren, und den Kreislauf nicht in einem höhern Grade behindern; wesshalb wir sie in einer dünnen Schichte nur an die Seitentheile des Halses anwenden lassen, stets berücksichtigend, ob sie nicht zur Steigerung der Gehirnhyperämie beitragen. Dort wo bei grössern Kindern Mundwässer angewandt werden können, und in solchen Fällen, wo wegen anderer Complicationen überhaupt die Anwendung der Wärme angezeigt ist, bedienen wir uns zur Beförderung der Zertheilung eines einfachen lauwarmen Mundwassers.

Eine weitere Frage wäre nun: welcher Nutzen steht von dem Gebrauche innerlicher Arzneimittel zu erwarten? Unserer

Erfahrung gemäss tragen innerliche Mittel im A zur vollkommenen Beseitigung dieses krankhafte *ihre* Wirkung ist mehr eine symptomatische, zur I drohlichen Erscheinungen beitragende, als da *Fiebers*, Beschwichtigung der Gehirnerscheinunge wir durch kühlende und auf den Darmkanal er Mittel nachzukommen trachten.

Das beliebteste Mittel der meisten praktisch *Tartarus emeticus*. Wir unsererseits können dieser als antiphlogistischem, diaphoretischem Mittel hi räumen; wir theilen aber nicht die Ansichten d der Idee ausgehen, durch die Anwendung des *Ta* erregender Gabe die Entzündung coupiren, ode tretener Eiterung, die Berstung des Abscesses be Es scheint, als wenn die Lobredner dieses Mittels Wirkung der Brechmittel bei Laryngeal- und sich zur Anwendung desselben auch bei Retroph verleiten liessen; dieser Ansicht gegenüber mü dass bei jenen Krankheiten das Krankheits-Proc fläche der ergriffenen Organe abgelagert ist, Herausbeförderung desselben also durch den auch häufig möglich wird. Anders verhält sich Retropharyngeal-Abscessen; hier kann der Brec des Hindernisses nichts beitragen, indem die W cesses selbst stärkerem Drucke Widerstand z worüber man sich sehr leicht durch Versuche pertheilen vorkommenden Abscessen überzeug seiner Rohheit halber muss ein solches Verfah Gebote stehenden sicherern Mitteln, in den Hin Berstung des Abscesses wäre demnach durch dann zu gewärtigen, wenn die Wandungen dünnt sind, dass sie sich dem Zeitpunkte der Se dann aber werden sowohl die Schlingbewegu durch den hervorstehenden Abscess selbst her dasselbe bewirken; somit wird die Verabreich nicht nur überflüssig, sondern wegen ihrer züglich auf das Gehirn, sogar schädlich sein. Wirkung der Brechmittel besteht blos in der I Mund- und Rachenhöhle angesammelten copi da aber diese Wirkung nur eine temporär Schleimanhäufung, die in der Natur der oben gesehen haben — begründet ist, nic kann: so vermag dieses *eine* günstige Ansicht im Allgemeinen zu widerlegen. Sind insbesondere der *Respirationsorgane* gegen

die speciellen Indicationen die Verabreichung des Brechmittels entscheiden. Wir halten also die Emetica bei Retropharyngeal-Abscessen überhaupt für unzweckmässig, und erklären uns deren Gebrauch nur aus einer Scheu vor dem Messer, oder aus diagnostischen Irrthümern. Diese unsere Ansicht wird auch durch die traurigen Erfolge bestätigt, die man bei den mit Brechmitteln behandelten Kranken beobachtet hat; wie wir solche Beispiele in der hierauf bezüglichen Literatur hin und wieder aufgezeichnet finden. Haben wir uns von der Gegenwart eines Abscesses Gewissheit verschafft, dann ist die künstliche Eröffnung unstreitig das schnellste und sicherste Hülfsmittel. Nur wo Complicationen zugegen sind, die schon ihrer Natur nach wenig Aussicht auf einen günstigen Ausgang gestatten, können auch von der Eröffnung keine Wunder erwartet werden; die durch den Abscess hervorgerufenen gefährlichen Symptome werden wohl schwinden, aber der Kranke wird einer *Pyämie*, *Septicaemie*, einer *Diphteritis*, einem *Glottis-Oedem*, oder andern Lungen- und Gehirnaffectionen unterliegen. Wohl ist es wahr, dass sich im zarten Kindesalter dem operativen Eingriffe allerlei Hindernisse entgegenstellen, unter denen eines der grössten der beschränkte enge Raum der Mund- und Rachenhöhle ist. Schon die einfache Inspection ist mit Schwierigkeiten verbunden, und oft nur dem Geübteren zugänglich; um so mehr der Operationsact selbst, wegen der drohenden Erstickungsanfälle, die sich dabei einstellen.

Wir bedienen uns zur Eröffnung des Abscesses eines spitzen Bistouris, dessen Klinge wir bis gegen die Spitze hin mit einem Leinwandstreifen umwickeln, um während der Operation die Nebengebilde vor Verletzung zu bewahren. Schwer und unsicher ist die Ausführung der Operation, wenn die Zunge mittelst einer Spatel herabgedrückt wird, weil die dadurch aufs äusserste gesteigerte Unruhe des Kindes leicht zu anderweitigen Verwundungen in der Mundhöhle, an den Tonsillen, am Gaumensegel u. s. w. Anlass geben kann. Zweckmässiger ist es den Zeigefinger, und wo es der Raum gestattet, auch den Mittelfinger bis zur hervorragendsten Wölbung des Abscesses einzuführen, die Klinge des Messers wird dann an der Seite des Zeigefingers, oder in der von beiden Fingern gebildeten Rinne, bis zur Fingerspitze vorgeschoben, und der Einstich an der bezeichneten Stelle der Geschwulst so tief gemacht, bis sich Eiter ergiesst. Dieser Act muss jedoch sehr rasch vollführt werden, sonst wird der eintretende Brechreiz unser Bestreben vereiteln. Auf diese Art kann die Operation zu jeder Zeit verrichtet werden, was jedenfalls von grossem Vortheile ist, wenn dieselbe bei Nacht geschehen muss, wo es schon wegen der Unruhe des Kindes kaum je gelingt, das Einfallen der Lichtstrahlen an die betreffende Stelle der Rachenhöhle zu erzielen. Wir erwähnen

diesen Umstand aus Erfahrung, indem
delten Falle auf alle diese Hindernisse
Vortheil hierbei ist aber auch der, das
Ausführung der Operation durch das
gehindert werden; nur ist es rathsam
Vereitlung des Beissens, unsern Finge
zu umwickeln. — Das Offenhalten des
stückes, ist bei kleinen Kindern aus I

Von vielen wird die Eröffnung d
empfohlen; wir halten dieses Verfahr
sondern nur das Gefühl leiten kann,
habung für weniger empfehlenswert
praller Abscesswandung für kaum aus

Ist der Abscess eröffnet, so wir
Wände sowohl, als auch der sich ei
leerung des Eiters begünstigen; nöth
von unten nach aufwärts gegen die C
oder einer Spatel ausgeführter Druck
minder wird auch ein von aussen in
winkels angebrachter mässiger Druc
stigen. Zur Reinigung der Mund- un
Kindern Einspritzungen, bei grösser
Mundes mit kaltem Wasser hinreich
mehrmal täglich wiederholt, wird be
wenn sonst keine ungünstigen Um
binnen wenigen Tagen beendigen.
könnte nur durch specielle Umstänc

Was die Behandlung der in Fo
Ausschlägen, entstandener Abscesse
nur dann angezeigt, wenn die gesc
hinzutreten. Die Nachbehandlung w
Einspritzungen, oder Mundwässern
örtlich mässig reizender, oder adst
erheischen; es werden also der Bes
Calcar. chlor., bald *Alaun*, bald *Nitr*
mineralische Säuren u. s. w. in versch
entsprechen. Ebenso erheischen auch
den Mittel eine Berücksichtigung des
standes; demnach werden *China-Pr*
andere Mittel dieser Classe am Platz

Secundäre (aus einer Eiterun
ungebenden Zellgewebes entstehen
ihrem Beginne durch Bekämpfung
welchen Zweck wir am ehesten dur
egel erreichen werden. Wenn ung

eintritt, so ist der Uebergang zu den warmen Umschlägen rathsam. Lässt sich an den Seitentheilen des Halses eine Fluctuation wahrnehmen, dann ist die Eröffnung des äusserlichen Abscesses ohne Aufschub vorzunehmen, weil auf diese Art der Bildung eines Retropharyngeal-Abscesses am leichtesten vorgebeugt werden kann. Stellt sich aber dennoch in den tiefern Schichten und in Folge dessen auch im Pharynx ein Abscess ein, und wird derselbe erkannt, so ist dessen Eröffnung nach den oben angegebenen Regeln angezeigt. Die Nachbehandlung wird aber bei dieser Art Abscesse mehr Zeit in Anspruch nehmen, und hängt stets von der Natur des eigentlichen Drüsenleidens ab; welches, wenn es scrophulöser Natur ist, bei seinem sich in die Länge ziehenden Verlaufe, eine diesem Zustande entsprechende Behandlung erfordert. Hier werden also nach Verschiedenheit der einzelnen Fälle Jodkali, Jodeisen, Leberthran u. s. w. zu wählen sein.

Sehen wir nun, was durch das Zuthun der Kunst bei Abscessen der dritten Art geleistet werden kann; ob es möglich ist die Entwicklung dieser secundären Abscesse zu verhindern, oder wenn sie sich entwickelt haben, dieselben mit Erfolg zu beseitigen? Indem diesem Leiden, je nach der Wirkung seiner disponirenden und erregenden Ursachen, eine, bald acut, bald chronisch verlaufende Entzündung der Halswirbel, oder ihres Bandapparates vorangeht: muss unser Hauptaugenmerk in der Behandlung darauf gerichtet sein, diese Entzündung in ihrem Keime zu ersticken. Die erste Bedingung zur Erreichung dieses Erfolges, ist eine ruhige Lage; doch werden wir dieser Bedingung, in dem Sinne als es wünschenswerth wäre, selbst bei grössern Kindern sehr selten vollkommen entsprechen können; obwohl der, selbst bei der geringsten Körperbewegung sich einstellende Schmerz, das leidende Kind unwillkürlich zur Beobachtung einer ruhigen Lage nöthigt. Wo wir also diesen Erfordernissen anders nicht entsprechen können, dort trachten wir wenigstens durch eine zweckmässige, etwas erhöhte, mittelst Rosshaarpölstern gesicherte Lage des Kranken, denselben nach Möglichkeit Genüge zu leisten.

Zu den wirksamsten antiphlogistischen Mitteln gehören auch hier der fleissige Gebrauch kalter Umschläge und die Anwendung von Blutegeln, in einer dem Entzündungsgrade und dem Kindesalter entsprechenden Anzahl. Unter den innerlichen antiphlogistischen Arzneimitteln werden bald *Calomel*, bald *Nitrum*, bald *Tartarus stibiatus* u. s. w. angezeigt sein. — Hat die Entzündung ihr Product gesetzt, dann ist es unsere Aufgabe dessen Zertheilung und Aufsaugung zu befördern, welchem Zwecke zertheilende Salben, als: *Ung. hydrarg.*, *Ung. jodat.* entsprechen werden; innerlich aber sind Jodkali, Jodeisen, Leberthran diejenigen Mittel, von denen, besonders wenn das Leiden scrophulöser — tuberculöser — Natur ist,

ein günstiger Erfolg zu erwarten steht. I
nöthigenfalls durch Hautreize unterstützt
unter solchen Umständen einem in dem N
bande grosses Vertrauen. Gelang es u
Erfolg zu erzielen, und stellte sich eitriges
ein: so wird unser Bemühen kaum me
welche günstige Wendung im Krankhei
Es kann dann meistens nur mehr von de
sten Symptome die Rede sein, um den Z
massen zu erleichtern. —

Die Eröffnung des durch den Eiter
tropharyngeal-Abscesses wird also hier,
Folgen, keineswegs zu beschleunigen sei
des Abscesses treten wieder andere errege
einen neuen schädlichen Reiz auf den Ei
eine schlechte Eiterabsonderung bewirke
spritzungen und Mundwässer von reiz
Mitteln keine Aussicht auf einen günstige
dann nicht, wenn diese äusserliche Behan
Wahl innerlicher Mittel unterstützt werd
also die Operation so lange, bis nicht
Beseitigung der Lebensgefahr — deren V
Pflicht macht; und dann soll die Eröffn
Chirurgie geschehen. Die Nachbehandlu
Grundsätzen gemäss einzuleiten. Hat si
schlechten Eiterabsonderung eine ausser
gestellt, so greife man zu stärkenden to
sind: China-, Eisen-Präparate etc. etc.
ständen Salz-, Jod-, Eisen-, Malz- oder
sehr zweifelhaften Erfolg haben, erhellet

Im Anhange lassen wir nun die in
Krankheitsfälle folgen, deren wir jedoch
lungen zu vermeiden, nur kurz mittheile

1. L. P. ein 8 Monate alter Säugling,
ambulatorisch zur öffentlichen Ordination
mit dem Bemerken der Mutter, dass ihre
geraumer Zeit gegen Scrophulose behandelt
seit 8 Tagen eine grosse Unruhe verrathe, d
an ihr anhaltende Hitze zu beobachten sei
mene Anamnese konnte uns in Bezug auf
durchaus keine Andeutung, und unserer
Richtung geben. Bei der Aufnahme des g
fanden wir den Hals des sonst wohlgen
Säuglings etwas verdickt, ohne jedoch
Halsdrüsen wahrzunehmen; den Kopf hie

nach rückwärts geneigt, die Kopfbewegungen waren einigermassen erschwert; die dargereichte Brust fasste er mit Hast, liess dieselbe aber schon nach einigen Zügen wieder los. — Der Ton des Schreiens war, ohne heisér zu sein, doch gedämpft, näselnd; die Untersuchung der Mundhöhle ergab nichts, die der Rachenhöhle liess uns eine allgemeine Röthe und an der hintern Wand eine bedeutendere Schwellung der Schleimhaut wahrnehmen, und mit dem Finger fühlen, in Folge dessen erschien der innere Raum des Pharynx etwas verengt; die Deglutition war erschwert, die Respiration frei. Kopf, Brust, Unterleib zeigten sonst keine erwähnungswerthen pathologischen Veränderungen; ebenso waren auch keine Erscheinungen aufzufinden, die uns als Anhaltspunkte für ein scrophulöses Leiden hätten dienen können. Das Fieber war mässig, die Stuhlentleerungen, in Folge der zu Hause gebrauchten Abführmittel, häufig.

Diese wenigen, aber unseres Erachtens wichtigen Symptome, bestimmten uns schon bei dieser ersten Untersuchung zu der Aussage, dass wir es hier mit einer sich auf die Schichten der hintern Wand des Pharynx erstreckenden Entzündung zu thun haben, dessen Product bereits in das Stadium der eitrigen Zerfliessung und Abscessbildung übergegangen ist. Dieser Ansicht entsprechend verordneten wir einfache Mandelemulsion und Breiumschläge an die Seitentheile des Halses, nach deren dreitägiger Anwendung unsere Diagnose durch die eigenthümlichen Erscheinungen des entwickelten Retropharyngeal-Abscesses bestätigt wurde; denn als das Kind nach Verlauf dieser 3 Tage wieder zur Ordination gebracht wurde, fanden wir: Steifheit und Dicke des Halses in der Gegend der Unterkieferwinkel, die Neigung des Kopfes nach rückwärts, die erschwerte Deglutition und das Unvermögen zu saugen viel auffallender; ein Theil der Flüssigkeit floss während des Trinkens zur Nase heraus, die Respiration war schnarchend, die Stimme ganz dumpf, gleichsam erstickt. Den Aussagen der Mutter gemäss hat auch die Unruhe und Schlaflosigkeit des Kindes zugenommen, an den Gliedmassen waren mehrmals krampfhafte Zuckungen zu beobachten. In der Mundhöhle fanden wir viel zähen Schleim, und in der Rachenhöhle eine stark gewölbte, weiche, elastische, fluctuirende Geschwulst, welche den grössten Theil deren Lichtung ausfüllte, zugleich das Gaumensegel noch vorne drängte, und den Racheneingang so sehr verengte, dass die Untersuchung mit dem Finger beinahe unmöglich wurde. Unter solchen Umständen war die künstliche Eröffnung des Abscesses dringend angezeigt; aber, da es uns trotz aller Aufklärung über den gefährlichen Zustand des Kindes nicht gelang, die besorgte Mutter zur Einwilligung in die Operation zu bewegen, empfahlen wir zur Beschleunigung der Selbsteröffnung den Fortgebrauch der Breiumschläge und die Anwendung

eines erweichenden lauwarmen Mundwass
Folge dieses Aufschubes von 48 Stunden
scheinungen immer mehr steigerten, und
Stunden häufigere Convulsionen und Erst
sellten; als schon das Gesicht eine bläulic
Blick der hervorgedrängten Augen stier v
sich ein schaumiger Speichel ergoss, Kopf
wärts gekrümmt, die Extremitäten schon k
mehr fühlbar war: dann eilte die verzwei
in die Anstalt, um die Rettung ihres ein
Preis zu erflehen. Indem in diesem Zusta
des Kindes gezählt waren, wurde ohne Zög
künstlichen Eröffnung des Retropharyngea
auf dessen bedeutenden Umfang schon aus
des Halses, in der Gegend der Unterkieferw
weichen, undeutlich fluctuirenden Geschw
konnte.

Behufs der künstlichen Eröffnung füh
finger zwischen den an einander gepressten K
und stiessen sogleich auf den bis zur Zunge
den Racheneingang verschliessenden Absc
an der äussern Seite des Fingers ein bis nal
Leinwandstreifen umwickeltes spitzes Bistou
stehendsten Wölbung des Abscesses, und m
langen freien Spitze einen Einstich, den
4''' Länge, von oben nach unten erweiter
sich eine grosse Menge gutartigen dicklich
fluss durch den eingetretenen Husten und B
durch eine zweckmässige Lage des Kindes
in der Tiefe des Abscesses angesammelten
einen leichten Druck mittelst einer Spatel
Mit dem Ergusse dieser beinahe 4 Esslöffelv
Eiters, liessen alle Erscheinungen nach; di
des Körpers verminderte sich, das bläuliche
der Blick wurde heiterer, die Respiration
leichter, die Stimme reiner: und das den
rissene Kind suchte sogleich in den Armen
Brust, aus welcher es mit Wohlbehagen und
den saugte, nachdem die Mundhöhle durch Ei
Wasser vom Eiter und Schleime gereinigt w

Nach der Operation wurde die Mutter m
mit dem Bemerken, dass die reinigenden
angewendet werden mögen. Unter dieser ein
zogen sich die Absesswandungen zusamme
Eiters war schon nach 4 Tagen sehr unbede

kalter Mundwaschungen vernarbte die Wunde sehr bald; die Lebensfunctionen kehrten zur Norm zurück, und der Säugling konnte schon am 10. Tage, als vollkommen genesen betrachtet werden.

2. M. S ein 6 1/2 Monate altes Mädchen, an der Brust, wurde von der Mutter am 3. Mai 1857 ambulatorisch in der Anstalt vorgezeigt mit dem Bemerken, dass es seit 8 Tagen nicht saugen könne. Die bei dieser Gelegenheit vorgenommene Untersuchung des atrophischen Kindes, ergab an der rechten Seite des Halses, unter dem Ohre, in der Gegend des Unterkieferwinkels eine kaum wahrnehmbare, mässig gewölbte, thalergrosse, weiche, teigig anzufühlende, nicht pulsirende, unbewegliche Geschwulst. Bei der Inspection der Rachenhöhle, gewahrte man in der Tiefe an der hintern Wand eine mässig gewölbte, blassrothe, beim Befühlen weiche, fluctuirende Geschwulst. Das Saugen und Schlingen war erschwert, das Athmen schnarchend, die Stimme dumpf; Husten wurde nicht bemerkt, und in den Respirationsorganen waren keine krankhaften Veränderungen aufzufinden. Im Allgemeinen war das Kind sehr entkräftet, abgezehrt, unruhig, seine Hauttemperatur herabgesetzt, der Puls beschleunigt, schwach, die Entleerungen regelmässig. — Das Leiden ward für einen Retropharyngeal-Abscess erklärt, äusserlich warme Breiumschläge und innerlich als roborirendes Mittel ein Lichendecoct mit Chinaextract verordnet. Die Respirationsbeschwerde nahm jedoch von Tag zu Tag zu, dabei traten auch Erstickungsanfälle auf, und nachdem das Saugen und Schlingen vollkommen behindert war, willigte die Mutter am 6. April in die schon bei der ersten Untersuchung empfohlene Operation. Aber in eben dem Augenblicke, als das Kind behufs der Operation vorgenommen wurde, berstete der Abscess während des Schreiens von selbst, und es ergossen sich bei 2—3 Esslöffelvoll dünnen, graulich grünen Eiters, dessen Ausfluss durch Einspritzungen mit lauwarmen Wasser und durch eine zweckmässige Lage unterhalten wurde. — Die durch das lokale Leiden hervorgerufenen bedrohlichen Symptome verschwanden sogleich nach dem Bersten des Abscesses. Die Nachbehandlnng bestand in dem Fortgebrauche roborirender tonisirender Mittel, lauwarmer Einspritzungen und thierischer Bäder. — Unter dieser Behandlung und einer passenden Diät verbesserten sich die vegetativen Functionen des Kindes, und die vollkommene Genesung erfolgte binnen kurzer Zeit.

3. J. S, ein 2 Jahre 2 Monate alter Knabe, erschien am 24. Jänner 1854 ambulatorisch in der Anstalt. Der mangelhaften Anamnese konnte man nur so viel entnehmen, dass der Knabe seit 14 Tagen, ohne an Husten zu leiden, von Respirationsbeschwerden belästigt sei. Indem die Untersuchung des Brustkorbes keinen krankhaften Zustand der Respirationsorgane erwies, wurde die Mund- und Rachenhöhle einer genauen Untersuchung unterworfen; hier

fanden wir an der hintern Wand des Pharynx eine fluctuirende, gewölbte, und die Rachenhöhle grosser Geschwulst. Der Hals des sonst gut genährten Kn den Seitentheilen unter den Ohren, in den Gegen ferwinkel verdickt; den schwer beweglichen Ko nach rückwärts gebeugt, sein Gesicht war gedunse che stammelnd, unverständlich, das Schlingen behi er seine Zunge heraus, und aus der Mundhöhle f angesammelte Schleim; zugleich wurde an ihm Unruhe und Fieber beobachtet. —

Da nun diese Erscheinungen insgesammt vo ryngeal-Abscesse abgeleitet werden mussten, ur der künstlichen Eröffnung nicht räthlich schien, ohne Verzug mittelst eines spitzen Bistouris auf Art an der zugänglichsten erhabensten Stelle vorge sich sogleich 2 — 3 Esslöffelvoll dicklichen, grünli entleerten. Die Operation selbst war wegen der gr Kranken, bei dem beengten innern Raume, sehr der Eröffnung des Abscesses wurde der Knabe gl Gesichtsröthe liess nach, das Schlingen und Athm Bei sorgfältiger Reinhaltung der Mund- und Racl die Heilung binnen einigen Tagen.

4. J. L. ein 3 1/2 Jahre altes Mädchen, wurde 1854 ambulatorisch zur Ordination in das Kinde Nach Aussage der Mutter, litt das Kind bis 4 Woch tem Schlingen und Athmen; gegen welchen krank und wegen vorhandener Halsdrüsengeschwülste, Rath, Breiumschläge angewandt wurden. Doch handlung keinen Erfolg, ja vielmehr bemerkte man, gerter Unruhe und Schlaflosigkeit, das Schlingen v in einem höhern Grade behindert, und das schnar Athmen immer mehr erschwert wurde; dieser Um Veranlassung, dass sowohl in den Eltern, als auch den Arzte der Verdacht einer häutigen Bräune erw im ersten Augenblicke der Untersuchung liessen Augen fallenden objectiven Symptome den eigentl Leidens vermuthen, welche Vermuthung bei nähere Besichtigung und genauer Untersuchung mittelst de Gewissheit wurde; denn an der hintern Wand des I wir einen Abscess von beträchtlicher Grösse. Auch den Retropharyngeal-Abscess begleitenden Erschei den angegebenen Fällen zu beobachten, und der auf die dort erwähnte Art mit einem spitzen Bistour dem sich einige Esslöffelvoll gutartigen Eiters entle besserte sich alsbald der Zustand des Kindes so auf

mit der betreffenden Anweisung hinsichtlich der Nachbehandlung gleich entlassen werden konnte. Nach 4 Tagen, wo das Kind der Besichtigung halber wieder in die Anstalt gebracht wurde, erfuhren wir, dass sich vor einem Tage abermals eine beträchtliche Menge Eiters entleerte, worauf das Schlingen ganz frei wurde, wogegen erschwertes Athmen, wozu sich trockener Husten und stärkere Hitze gesellte, eintrat. — Wir fanden an der rechten Seite des Brustkorbes hinten, in der Subscapular-Gegend, einen dumpfen Percussionsschall, und dem entsprechend bronchiales Athmen. Aus diesen Erscheinungen schlossen wir auf eine rechtseitige Pneumonie im Stadium der Hepatisation. Wir verordneten *Tart. stibiatus refr. d.* mit *Nitrum*, und liessen zugleich auf die ergriffene Seite warme Breiumschläge anwenden. Nach 5 Tagen, oder am 9. Tage nach der Operation, fanden wir in der ganzen Ausdehnung der Entzündung die Zeichen der Lösung; im Pharynx hatte die Eiterabsonderung aufgehört und die Wunde war vernarbt. — Als das Mädchen am 20. März wieder vorgestellt wurde, bemerkten wir unter dem rechten Ohre eine entzündliche Geschwulst der Halsdrüsen, mit gleichzeitiger rechtseitiger Gesichtslähmung, deren causaler Zusammenhang mit der entzündlichen Drüsengeschwulst, schon vermöge des Sitzes und Verhältnisses dieser letztern zum Verlaufe des Facialnerven, hier ausser allem Zweifel war. — Noch bleibt zu erwähnen, dass sich einige Wochen später aus der erweichten Drüsengeschwulst ein rechtseitiger Ohrenfluss entwickelte. — Unsere Nachbehandlung bestand hier, so lange Husten vorhanden war, aus Leberthran, später aus Jodkali innerlich, und einer Jodsalbe; bei dieser Behandlung verharrten wir längere Zeit, während welcher sich der Zustand des Mädchens immer mehr besserte, und aus dem vorhanden gewesenen Retropharyngeal-Abscesse sich keine weiteren Uebelstände ergaben.

5. A. G. ein 2 Jahre alter Knabe, wurde am 4. Mai 1854 mit einem seit 8 Tagen bestehenden Eczema simplex des Gesichtes und des behaarten Theiles des Kopfes in die Anstalt gebracht; die nähere Untersuchung ergab eine Schwellung der Unterkieferdrüsen an beiden Seiten, ohne Behinderung des Schlingens und Athmens. Indem sonst kein anderes Leiden wahrgenommen wurde, beschränkten wir uns auf die Verordnung lauwarmer Waschungen des Kopfes und milder Fetteinreibungen, bei einem passenden diätetischen Verhalten und dem Gebrauche eines Decoctes aus *Sassap. Bard. Jaceæ* mit *Bicarb. sodae*. — Als der Knabe nach 26 Tagen wieder vorgezeigt wurde, fanden wir das Eczem in einem gebesserten Zustande; aber die dumpfe Stimme mit dem Nasalton, die steife Haltung des Kopfes, veranlassten uns zur Untersuchung der Rachenhöhle um so mehr, als auch das Schlingen bei Schlingversuchen behindert gefunden wurde. Diese genauere Exploration ergab

an der hintern Wand des Pharynx eine mäss
elastische, undeutlich fluctuirende Geschwul
dere Anschwellung der linkseitigen Halsd
Gesichtslähmung. — Obwohl hier der Absces
men entwickelt war, also auch Verengeru
erschwertes Athmen nicht in dem Grade,
Fällen zu beobachten waren, entschlossen
künstlichen Eröffnung des Abscesses mit d
wir zugleich auch einige Scarificationen d
vornahmen. Hierauf wurde eine grössere M
Eiters entleert, worauf der Zustand des Kind
ward. Kalte Mundwaschungen hatten binnen
kommene Genesung von diesem Uebel zu Fol
Knabe mit der Halsdrüsengeschwulst, und de
bindung stehenden Gesichtslähmnng, noch
handlung.

6. G. R. ein 1 1/2 Jahre alter Knabe, w
1855 in die Anstalt aufgenommen. Dieses
tuberkulöse Kind litt seit 4 Wochen an einer
rhöe mit Mastdarm-Vorfall, zu welchem Zust
gen ein Eczem des Gesichts gesellte; ausser
Lippen exulcerirt, die Halsdrüsen angeschwol
chenhöhle zeigten sonst keine Unregelmässigk
cussionsschalle, rauhem, vesiculären Athmungs
nen feinblasigen Rasselgeräuschen, war der
der Lendengegend waren 2 nussgrosse Hau
— Am dringendsten schien hier, bei solch
die Beschwichtigung der häufigen, catarrhali
Vorfall verbundenen Diarrhöe, zu welchem Z
Colombo mit *Extr. Nucis vomicae spir.* verord
ser Behandlung besserte sich der Zustand, s
tarrh liess nicht nach, wesshalb wir am 14.
Gabe *Murias Ammon.* mit *Aqua laurocer.* v
Oktober entwickelte sich ein heftiges Fieber
19. eine Röthung des Pharynx mit erschw
schleunigtem kurzen Athmen und rauhem V
geräusch gesellte; an der Eichel fanden war
risches Geschwür mit schmutzigem Grunde
Rumpfe mehrere kleinere Hautabscesse; ne
über den ganzen Körper eine lebhafte Röthe
lung der Haut. Schon am folgenden Tage war
auf Scharlach, durch die im Gesichte, am Ha
und auf der Brust erscheinenden eigenthüml
bestätigt; diese in einander fliessenden Schar
binnen 2 Tagen den ganzen Körper, und der A

am 22. Oktober blässer zu werden; jedoch war an den geschwollenen Mandeln eine weissliche Exsudatschichte zu sehen, welche sich auch über die Wandungen des Pharynx erstreckte. Nun wurde ausser der bisherigen Behandlung, die vorzüglich den catarrhalischen Zustand des Darmkanals berücksichtigte, auch eine Alaunlösung zur örtlichen Reinigung des Mundes verordnet; aber trotz dessen hatte die dicke Exsudtschichte ein schmutziges Aussehen angenommen, und nicht minder zeigten auch die Geschwüre der Lippen einen ähnlichen schmutzigen Grund, die Unterkieferdrüsen waren stark angeschwollen, und das Zellgewebe in deren Umgebung bedeutend infiltrirt. An den obern Extremitäten zeigte sich wohl eine Abschuppung, aber an den untern entwickelte sich Oedem; die einigermassen gestillte Diarhöe erneuerte sich wiederum, und bei anhaltendem Fieber nahm der Kräftezustand immer mehr ab. *Arnica*, *Chinin*, Mineralsäuren, Alaun sowohl innerlich als äusserlich, waren nicht im Stande einen günstigen Krankheitsverlauf zu erzielen, die Erscheinungen wurden im Allgemeinen bedrohlicher; der Kopf des Kindes war nach rückwärts gebeugt, das Schlingen ganz behindert, die Respiration im höchsten-Grade erschwert, die Stimme ganz heiser, der Athem verbreitete einen üblen Geruch, der Racheneingang war durch die geschwollenen Mandeln und das schmutzige Exsudat derselben verengt, und an der mit einem ähnlichen Exsudate überzogenen hintern Wand des Pharynx konnte man eine weiche, elastische, undeutlich fluctuirende Wölbung wahrnehmen, welche den innern Raum der Rachenhöhle grossentheils ausfüllte. Mit der Gangränescenz der Wandungen der Mund- und Rachenhöhle, traten auch die Symptome der Blutsepsis deutlicher auf. Das Kind starb am 31. Oktober Morgens.

Bei solch wichtigen und bedrohlichen Complicationen spielte der Retropharyngeal-Abscess, als Folgezustand der krankhaften Blutmischung, eine untergeordnete Rolle; und indem er zur Beschleunigung des Todes nicht beitrug, machte er auch das in den früheren Fällen befolgte therapeutische Verfahren nicht so dringend erforderlich.

Leichenbefund: An dem abgemagerten Körper, ausser ausgebreiteten Todtenflecken, viele linsengrosse Bläschen mit reinem serösen Inhalte. Die innere Fläche der Kopfhaut blass, serös infiltrirt; die Schädelknochen dünn; die harte Hirnhaut blutreich, im sichelförmigen Blutleiter schwarzes Blutgerinsel mit einer geringern Menge Faserstoffgerinsels; die zahlreichen Capillargefässe derselben bis zur Rabenfederdicke ausgedehnt und mit Blutgerinsel erfüllt; zwischen den Blättern der weichen Hirnhäute eine geringe Menge seröser Flüssigkeit. Die Hirnsubstanz im Allgemeinen weicher als gewöhnlich, an den Durchschnittsflächen glänzend, feucht, zugleich zahlreiche kleine Blutpunkte zeigend; im rechten Hirn-

ventrikel beiläufig 2 Kaffeelöffelvoll reinen S
flechte stark injicirt; an der Gehirnbasis, in d
reiche hirsekorngrosse tuberkulöse Granulati
Umgebung die Hirnsubstanz bis zum rech
erweicht. Am Schädelgrunde ohngefähr 1 1/2
in den Blutleitern Blutgerinsel. —

Die Wände der Rachenhöhle mit einer mi
breiigen, leicht abstreifbaren Schichte überz
Wand ein wallnussgrosser, mit missfärbig rö
sigkeit gefüllter Abscess, dessen Höhle sich
erstreckt, und einestheils mit derselben in Ver
innere Fläche der Speiseröhre zeigt eine schmu
ihre Schleimhaut aufgelockert, ihre Höhle eb
röthlicher Flüssigkeit erfüllt. Die Schleimhau
der Luftröhre injicirt, gewulstet, beide scha
tend; die Thymusdrüse taubeneigross; die
haselnussgrossen roh tuberkulösen Massen en
frei, blutreich, ihre Ränder emphysematös. I
3 Unc. reinen gelblichen Serums, in den He
ges schwarzes Blut.

Die Leber dunkelbraun, sehr blutreich.
dunkelbraun, blutreich, ihre Substanz sehr b
Fläche mehrere stecknadelknopfgrosse, bläu
Substanz eingebettete Knötchen sichtbar.
Flüssigkeit mit Speiseresten, die zahlreich
desselben von blassröthlicher gelber Farbe.
Luft ausgedehnt, zeigt hin und wieder ein s
capillärer Gefässe; der Dickdarm zusammeng
liche Fäcalstoffe enthaltend, die Schleimhau
aufgelockert; die Mesenterialdrüsen stark ang
ren im geringen Grade hyperämisch; in der H
Harn enthalten. —

7. T. N. ein 13 Jahre altes Mädchen, b
spital ambulatorisch am 26. November 1853.
ergab sich, dass die Kranke schon seit einem J
litt, die sich vorzüglich durch Geschwulst d
gab. — An der bedeutenden Geschwulst erwei
schriebene Stellen, dieselben kamen zum Au
liessen offene Geschwüre; hiezu gesellte sich E
und ein chronisches Augenübel. Bei der erste
den wir folgenden Zustand: Das Gesicht geduns
lenen Augenlidern die Erscheinungen scrophul
mit Injection der Conjunctiva, reichlicher Schl
grosser Lichtscheu; aus der geschwollenen Nase
die dicken Lippen aufgeworfen; vor und hinter

nussgrosse, unebene, härtlich anzufühlende Geschwülste, welche, indem sie sich an den Seiten des Halses nach abwärts immer mehr vergrösserten, zu einem mannsfaustgrossen Conglomerat zusammengeschmolzen, das sich aufwärts in die Nackengegend erstreckte. Der durch diese Geschwülste verunstaltete Hals war so dick, dass sein Niveau an beiden Seiten die Linie vom Unterkiefer zum Schlüsselbein bedeutend überragte; an den untern Theilen des Halses waren unebene Narben und neben diesen linkerseits ein beiläufig kreuzergrosses, dünnen Eiter absonderndes Geschwür mit gerissenen Rändern und unebenem härtlichen Grunde; ausserdem zeigten einzelne umschriebene Stellen eine oberflächliche Erweichung. Die Geschwulst war im Allgemeinen nicht schmerzhaft, nur das Geschwür und die erweichten Stellen verriethen etwas Empfindlichkeit. Schlingen, Athmen, Verdauung waren normal; Fieber wurde nicht beobachtet. — In diesem Zustande verordneten wir dem Mädchen innerlich *Oleum jecoris*, äusserlich auf die Augen kalte Ueberschläge nebst einem Augenwasser aus *Nitras argenti*, und auf das Geschwür ein *Empl. noricum*. Nach einigen Wochen bemerkten wir an dem Geschwür die Losstossung einer wallnussgrossen härtlichen Drüse, die auch sehr leicht entfernt werden konnte. Anfangs Jänner 1854 begann die linkseitige Geschwulst an Umfang zuzunehmen, gespannter und schmerzhafter zu werden, wesshalb auch vom 11. Jänner an Breiumschläge verordnet wurden. Um dieselbe Zeit bemerkte man auch eine Anschwellung der linken Mandel, die das Schlingen behinderte; und schon am 16. Jänner konnten wir uns von der Gegenwart eines Retropharyngeal-Abscesses sowohl durch die Inspection, als auch durch die Untersuchung mittelst des Fingers überzeugen. Die im hohen Grade erschwerte Deglutition, während der sich stechende Schmerzen in der Richtung der äussern Geschwulst einstellten; die behinderte Respiration, besonders wenn auf die Geschwulst äusserlich ein Druck angewendet wurde; ferner das auf eine gestörte Blutcirculation deutende gedunsene und geröthete Gesicht; so wie überhaupt die Gegenwart aller der Erscheinungen, die schon oben unter den Symptomen der secundären Abscesse dieser Art aufgezählt wurden: machten die künstliche Eröffnung des Abscesses um so nothwendiger, als die Beschaffenheit der äussern härtlichen Halsgeschwulst deren Eröffnung nicht gestattete, und es auch nicht zu erwarten stand, dass die in der Tiefe befindliche Eiteransammlung auf diesem Wege mit Erfolg erreicht werden könne. Der Abscess wurde also auf die angegebene Art eröffnet, und es entleerten sich aus demselben über 3 Esslöffelvoll dicken grünlichen Eiters; hierauf besserte sich Sprache, Schlingen, Athmen, die Schmerzen verschwanden, die Gesichtsfarbe wurde normal, und überhaupt liessen alle mit dem Abscess in Verbindung stehenden Symptome nach. Da aber hier

die Eiterabsonderung durch die fortdauernde Eiterung der Drüsengeschwulst unterhalten wurde, nahm auch die Heilung des Abscesses längere Zeit in Anspruch, und gelang erst dann vollkommen, als durch die künstliche Eröffnung des an der linken Seite des Halses unter der Anwendung von Breiumschlägen gebildeten Abscesses, dem Eiterflusse ein günstigerer Weg gebahnt wurde. Den Zusammenhang der äussern und innern Oeffnung bestätigte nicht nur die Untersuchung mittelst einer Sonde, sondern auch das Durchsickern eines Theiles der genossenen Getränke und das crepitirende Durchdringen der Luft beim Schlingen. Beim sorgfältigen Gebrauche lauwarmer Mundwässer vernarbte die innere Abscessöffnung nach einem Monate; mit der äussern Oeffnung und den rechterseits gebildeten Abscessen stand die Kranke ambulatorisch noch mehrere Monate in unserer Behandlung. Erwähnenswerth ist, dass sie während dieser Zeit auch von einer linksseitigen *Pleuritis* genas, und dass nachher gegen den allgemeinen Zustand *Oleum jecoris* und die Ofner Thermen verordnet wurden, unter deren Gebrauche sich ihr Aussehen so besserte, dass man gegenwärtig nur aus den zahlreichen charakteristischen Narben am Halse auf das vorausgegangene bedeutende Leiden schliessen kann.

8. J. L. ein 7 $^1/_4$ Jahre alter Knabe, wurde am 27. Juni 1854 ins Kinderspital aufgenommen. Angeblich stellten sich vor 4 Monaten, ohne bekannte Ursache, im Nacken Schmerzen ein, welche wohl zeitweise nachliessen, aber, obwohl keine Geschwulst wahrzunehmen war, dennoch die Seitenbewegungen des Kopfes behinderten. Trotz der sogleich in Anwendung gebrachten ärztlichen Behandlung, gelang es nicht das Weiterschreiten des Uebels zu verhindern; denn die Schmerzen nahmen zu, und der Knabe, der in den ersten 4 Wochen noch herumgehen konnte, war nun gezwungen das Bett zu hüten. An der rechten Seite des Halses entwickelte sich langsam, eine flache, etwas empfindliche Geschwulst, der früher gut aussehende Knabe begann abzumagern und sein Gang wurde sammt den übrigen Bewegungen des Körpers von Tag zu Tag erschwerter. — Bei der Aufnahme war der Zustand folgender: Der Körper abgemagert, Muskulatur und Haut schlaff, obere und untere Extremitäten in ihren Bewegungen frei, der Schädel im Vergleich zum übrigen Körper gross, seine Form mehr viereckig, den hydrocephalischen Schädeln ähnlich; der Gesichtsausdruck leidend, der Blick furchtsam, die Pupille mässig erweitert, sonst die äussern Sinne normal. Die Haltung des Kopfes und Halses steif und schief; an der rechten Seite des Halses unter dem Ohre, in der Gegend des Unterkieferwinkels eine bis in den Nacken sich erstreckende, flach gewölbte, weiche, nicht fluctuirende, nicht pulsirende, unbewegliche und beim Drucke schmerzhafte Geschwulst, deren äussere Bedeckung blassroth erscheint; im Nacken, und

zwar in der den obersten Halswirbeln entsprechenden Gegend Schmerz vorhanden, der nicht so sehr durch äussern Druck, als vielmehr durch die Kopfbewegungen gesteigert wurde und den Kranken zur ruhigen steifen Kopfhaltung zwang. Die Deglutition nicht behindert. Die Rachenhöhle ergab bei der Inspection und Palpation nichts abnormes; hingegen war die Respiration etwas erschwert, schnarchend, die Stimme etwas heiser; Husten war nicht zugegen und am gewölbten Brustkorb fand man den Percussionsschall, das Athmungsgeräusch und die Herztöne normal. Der Unterleib mässig eingefallen, die Stuhlentleerungen träge; der Urin dunkelgelb, rein; Fieber im mässigen Grade vorhanden. Die geistigen Fähigkeiten dem Alter gemäss entwickelt, jedoch sprach der Knabe wenig, und verhielt sich meistens gleichgültig gegen Alles.

Auf Grund dieses Krankheitsbildes erklärten wir die Beschaffenheit des gegenwärtigen Uebels für ein entzündliches Leiden der Halswirbel, welches auch die benachbarten Weichtheile in sein Bereich zog, und durch die entzündliche Ausschwitzung die erwähnte Halsgeschwulst bildete; dieser Ansicht gemäss erachteten wir ein antiphlogistisches Heilverfahren für nothwendig, und verordneten örtlich kalte Umschläge, innerlich zur Beförderung der Aufsaugung Jodkali. Als sich der bereits gebesserte Zustand des Knaben, nach einiger Zeit wieder verschlimmerte, unterstützten wir jene Heilmethode durch Anwendung von Blutegeln. Diese Behandlung schien auch wirklich einigen Erfolg zu haben, denn indem die Schmerzen nachliessen, ward der Kranke heiterer und konnte, was bisher seit Wochen nicht der Eall war, von selbst aufsitzen. Aber diese günstige Aenderung dauerte nur kurze Zeit, und mit der Verschlimmerung des örtlichen Leidens, verschlimmerte sich auch der allgemeine Zustand; demgemäss verordneten wir Ende Juli äusserlich eine Salbe aus Jodkali und innerlich Leberthran, welchen wir jedoch wegen der eingetretenen Diarrhöe sehr bald wieder beseitigen mussten, indem wir statt seiner die äpfelsaure Eisentinktur verabreichten. Unter dieser Behandlung besserte sich Appetit, Verdauung, Schlaf und alle übrigen Functionen, als der Kranke am 24. August von heftigen Masern befallen wurde; während der Dauer derselben wurden innerliche nur kühlende Mittel in Anwendung gebracht, und der Zustand war bis Mitte September günstig. Von nun an stellten sich, trotz mehrmaliger Verabreichung des Chinins, jeden Abend fieberhafte Exacerbationen ein, neben welchen auch die örtlichen Symptome eine Verschlimmerung zeigten; denn die Halsgeschwulst vergrösserte sich und mit ihr schwoll und röthete sich Anfangs nur die rechte, aber nach einigen Tagen auch die linke Mandel in einem beträchtlichen Grade. Aehnliche Symptome zeigten sich sehr bald auch an der hintern Wand des Pharynx,

und als wir uns bei der Untersuchung mit dem Fin
der Fluctuation überzeugten, beobachteten wir alle
die schon oben an der betreffenden Stelle mitgetheil
solchen Umständen bemühten wir uns die Schn
Aufbruch der äussern Geschwulst zu beschleunig
längere Zeit hindurch warme Breiumschläge anw
die Geschwulst erweichte, konnte in derselben
keine Fluctuation wahrgenommen werden; hing
Eiter im Speichel, zum Beweise, dass eine Eröff
chenhöhle stattgefunden habe, und bald ergoss
Nasenhöhle eine stinkende eitrige Flüssigkeit. Ob
erfolgte keine Erleichterung, und da auch die
waschungen keine Entleerung des Abscesses erz
Wandungen dieselbe Spannung zeigten, wurd
Eröffnung am 6. Oktober vorgenommen, worau
löffelvoll graulich grünen, stinkenden Eiters ergo

In Folge dieser Entleerung wurde das Schli
leichter, die Stimme reiner, und die Halsgesc
kleiner; aber bei fortdauernder Absonderung ja
anhaltendem Fieber, schwanden die Kräfte des
zu Tag auffallender; er war nicht mehr im
aufrecht zu halten oder zu drehen, noch sei
hiezu gesellten sich vollkommene Appetitlosigk
und häufige Diarrhöe, welche Erscheinun
tonisirenden Heilverfahren hartnäckig wid
schwulst wurde wieder grösser, vom 15. No
täglich mehrmaliges Erbrechen ein, am 18.
stierer Blick mit erweiterter Pupille, am 1
Extremitäten, am 20. anhaltende Convulsi
den Morgenstunden der Tod erfolgte.

Leichenbefund: Der Körper abgem
schmutzig gelb, die Epidermis am ganzen Kö
Extremitäten beweglich. Die innere Fläche
blutarm; die Schädelknochen gut entwickelt;
frei; die weichen Hirnhäute blutreich, durch
Blättern enthaltene gallertartige Flüssigkeit ge
von dem strotzenden Gehirne gespannt; die I
ihrer Schnittfläche zahlreiche grosse Blutpunkt
trikeln an 4 Drachmen trüben Serums; a
$^1/_3$''' dicke, eitrig zerfliessende, sich über die
kende, gelbliche Exsudatschichte; im Schä
Unzen blutigen Serums. Beim Durchdringen
Foramen occipitale magnum, sind dessen Ränd
des Atlas, der Processus odontoideus, des Epi
anzufühlen, deren unebene Oberfläche allent

Exsudate überzogen; die Bänder zwischen diesen Knochen gänzlich verwüstet. In der Mund- und Rachenhöhle schmutzigbraune Flüssigkeit, die Schleimhaut des Rachens schmutzig bläulichroth, aufgelockert, leicht zerreiblich. — Nach Trennung des Rachens von der Wirbelsäule fand man zwischen Atlas und Epistropheus eine in die Rückgrathöhle führende fingerweite Oeffnung. So wie der erste und zweite Halswirbel, so ist auch der Körper des dritten von der Beinhaut entblösst und zeigt eine rauhe missfärbige Oberfläche; der Bandapparat auch hier zerstört, und die benachbarten Weichtheile eitrig infiltrirt.

In der Luftröhre schmutzige Flüssigkeit, die Schleimhaut derselben blass. — Beide Lungen frei, blutarm. Das Herz verhältnissmässig klein, seine Muskulatur schlaff. Die Leber und Milz blutarm; der Magen und die Gedärme von Luft ausgedehnt, blass, die Häute des Dünndarms verdünnt; die Mesenterialdrüsen kleiner als gewöhnlich, die Nieren blutarm, die Harnblase leer.

Nachtrag.

Schon nach beendigter Bearbeitung des hier mitgetheilten Gegenstandes, bot sich uns noch Gelegenheit dar, im Kinderspitale zwei neue Fälle zu beobachten und zu behandeln, die wir, zur Vervollständigung dieses Aufsatzes, nicht unerwähnt lassen wollen:

9. A. B. ein 8 Monate alter Säugling, wurde am 28. November 1857 von der Mutter zur Ordination in die Anstalt gebracht, um gegen das seit einigen Wochen bestehende schnarchende Athmen, welches vorzüglich im schlafenden Zustande am Knaben zu beobachten ist, Hülfe zu suchen. Genauere Auskunft konnte uns die der untern Volksklasse angehörende Mutter, über den krankhaften Zustand ihres Kindes nicht geben. — Noch vor eingeleiteter näherer Untersuchung liessen wir das Kind an die Brust legen, um uns über das Vermögen zu saugen, Aufklärung zu verschaffen; hiebei beobachteten wir, dass das Kind die Brust zwar fasse, aber gleichsam ermüdet, dieselbe nach einigen Zügen wieder auslasse, um unter Schreien bald wieder darnach zu haschen. Nun untersuchten wir die Haltung des Kopfes, und fanden, dass das Kind denselben etwas nach der linken Seite neige und steif halte; zugleich gewahrten wir an dieser linken Seite des Halses unter dem Unterkieferwinkel eine thalerstückgrosse, flache, härtliche Geschwulst mit normaler Hautdecke. Ein stärkerer Druck auf diese wenig schmerzhafte Geschwulst bewirkte ein auffallendes schnarchendes Athmen; das hiebei hervorgerufene Schreien verrieth auch nach beseitigtem Drucke den eigenthümlichen dumpfen Ton, den man füglich einen Gurgelton nennen konnte. Bei der Inspection der Mund- und Rachenhöhle fanden wir die *Uvula* und die Tonsillen

normal, die Schleimhaut des Rachens stärker
und an der hintern Wand nach der linken
linken Tonsille, eine stärkere Erhabenheit, di
mit dem Finger als fingerdicker, härtliche
erstreckender Wulst erkennen liess. Kopf, B
organe waren normal; Fieber wurde nicht beo

Das Ergebniss dieser Untersuchung liess
und den Sitz des Leidens keinen Zweifel üb
dasselbe zu den idiopathisch sich entwick
ryngeal-Abscessen.

Die langsame Entwicklung des Leidens,
Entzündungssymptome, gestatteten keine ene
indem wir es hier bereits mit einem bedeute
produkte zu thun hatten; wir verordneten de
zu erzielenden Beschleunigung der Resolution
die linke Seite des Halses, und entliesse
nachdem wir der Mutter die nöthige Instructi
nern Beobachtung und Pflege ertheilt hatten.
wurde uns das Kind wieder vorgestellt, un
Rachenhöhle an der benannten Stelle auch ein
tuation wahrgenommen werden; da aber De
ration nicht in einem höhern Grade erschwert
wir die künstliche Eröffnung unter Fortsetzung
handlung, nahmen jedoch von nun an das Kin
schein. Als der mehr und mehr sich ausbilden
December das Saugen gänzlich behinderte, die
beängstigende Art erschwerte, Schlaf und Ruhe
entschlossen wir uns zur Operation des von der
Umgebung bereits aufgegebenen Kindes, mit der
wir die Klinge des Messers in schiefer Richtung
Hand am rechten Zeigefinger einführten, um z
linken Tonsille befindlichen Abscesse, leichter und
der Tonsille gelangen zu können. Trotz des sta
gelang die Eröffnung beim ersten Versuche, und
mehrere Kaffeelöffelvoll dicken grünlichen Eite
Theil davon auch hinabgeschluckt worden war.
den reinigenden Einspritzungen mit kaltem W
schnarchende Athmen auf, die Deglutition wu
Kind konnte ungestört längere Zeit an der Brust s
behandlung bestand in einfachen kalten Waschu
am 19. December befindet sich das Kind ganz w
auch die äusserliche Geschwulst verloren hat, und
kaum einige Tropfen Eiter sickern.

10. Folgender Fall liefert ein Beispiel eines R
geal-Abscesses:

J. Sz. ein 8 Monate alter Säugling, wurde am 26. October 1857 während der öffentlichen Ordination im Kinderspitale vorgestellt. Laut Aussage der Mutter war der Knabe seit 3 Tagen äusserst unruhig, weinte fortwährend und verschmähte die Brust. Der heisere Ton beim Weinen dieses schwächlichen Säuglings, und sein schnarchendes Athmen veranlassten uns vor Allem zur Untersuchung der Hals- und Brustorgane. Wir fanden an der linken Seite, vom Unterkiefer bis zur Mitte des Halses, eine flache Geschwulst teigiger Consistenz, ohne äusserlich wahrnehmbare Entzündungssymptome. Indem die zuerst erwähnten Symptome viel auffallender waren, als dass die Geschwulst für eine, bei Kindern hier so häufig zu beobachtende Drüsengeschwulst catarrhalischen Ursprungs oder scrophulöser Natur hätte erklärt werden können; schritten wir zur weitern Untersuchung, und fanden den Kopf nach der linken Seite und etwas nach rückwärts geneigt, dessen Bewegungen, trotz der grossen Unruhe des Kindes, einigermassen erschwert; den Mund geöffnet, die Zunge lebhaft geröthet, heiss, etwas trocken; dieselbe lebhafte Röthe mit Schwellung verbreitete sich über die ganze Mund- und Rachenschleimhaut. Im Rachen selbst war weder durch Inspection noch Palpation, ausser dieser Hitze, Röthe und Schwellung, eine Abnormität wahrzunehmen; mit dem erschwerten Saugen waren auch Deglutitions- und Respirationsbeschwerden mit schleimigem Husten vorhanden. In den Lungen hörten wir copiöse grossblasige Rasselgeräusche bei normalem Percussionsschalle. Die Unterleibsorgane verriethen keine Functionsstörung. Diesen Zustand begleitete ein bedeutenderes Fieber.

Wir erklärten das Leiden für eine catarrhalische Entzündung der Mund- und Rachenhöhlen-Schleimhaut, die das den Pharynx umgebende Zellgewebe linkerseits in ihr Bereich zog, und sich auch auf die Schleimhaut des Kehlkopfes, der Luftröhre und Bronchien fortpflanzte; sprachen aber, in Anbetracht der Mitleidenschaft des Zellgewebes, zugleich auch unsere Befürchtung in Betreff eines sich bildenden Retropharyngeal-Abscesses aus.

Verordnet wurden gegen diesen recenten entzündlichen Prozess: Einpinselungen der Mund- und Rachenhöhle mit einer Alaunlösung, nebst fleissigen kalten Waschungen dieser Theile, und kalten Umschlägen auf die linke Seite des Halses. Innerlich wurde *Nitrum mit Tartarus stibiatus refr. d.* verabreicht. Am nächsten Tage fanden wir zu unserer Ueberraschung den Zustand des Kindes bedeutend gebessert und empfahlen die Fortsetzung der verordneten Mittel. Aber die Mutter, eine ihrer Arbeit nachgehende Taglöhnerin, hielt es in Folge der eingetretenen Besserung ferner nicht für nothwendig ihrem Kinde eine besondere Pflege angedeihen zu lassen, und besuchte nun auch die Anstalt nicht weiter. Erst nach Verlauf von 3 Wochen schien ihr der Zustand bedenklicher, wesshalb sie auch

den Säugling am 20. November wieder z
Der schon bei der ersten Untersuchung al
Säugling war nun bedeutend abgemagert, d
mit kaltem Schweisse bedeckt, die Aug
Pupille dilatirt, der Blick starr, der Mund g
lich, vorgestreckt, das Saugen gänzlich beh
Flüssigkeit konnte er nur mit schmerzhaft
Tropfen schlingen, das Weinen bestand in ei
Röcheln. Die Geschwulst an der linken S
wir nun bedeutend vergrössert, und viel tie
ersten Untersuchung; denn dieselbe erstreck
Mitte des Halses nach abwärts bi
bein, und verlor sich rückwärts in den
frühern teigigen Consistenz derselben, konnte
ation wahrnehmen, die im Mittelpunkte der G
Carotis, am deutlichsten war. Die Hautdecke
zeigte eine bläuliche Farbe; bei stärkerer Com
Fläche verkleinerte sie sich, doch nahm hiebei
noth zu; mit dem Nachlasse des Druckes v
Symptome, und die Geschwulst nahm bald wied
dehnung ein. Die Inspection der Rachenhöhle gab
denn wir fanden bei stark niedergedrückter
Höhle selbst hinreichend weit, und den *Isthmus*
an der tiefsten Stelle schien eine abnorme Wul
sein, die aber mit dem Auge nicht genauer erforsc
Zur weitern Untersuchung wurde nun der Finger
Tempo durch den Pharynx so tief als möglich in
eingeführt, und nun konnte diese Wulstung hinte
als eine sich tiefer hinab erstreckende, weiche,
schwulst erkannt werden, die bei gleichzeitiger Fixi
lichen Geschwulst dem eindringenden Finger grösse
leistete, und auf diese Art auch eine communizire
wahrnehmen liess. Ein Druck von aussen auf den
mehrte ebenfalls die Athemnoth; in der Lage des
der Luftröhre gewahrten wir jedoch keine Abnorm

Der geschilderte Zustand des kleinen Kranken, n
dringendsten Aufgabe, das Respirations-Hinderniss s
lich zu beseitigen; und obwohl wir der Schwierigkei
chen Eröffnung des Abscesses durch den Rachen bew
ten wir doch früher diese Operationsmethode eines
gen; weil wir, im Falle des Gelingens, durch diese
schnellsten von seinem Gefahr drohenden Zustan
hofften. Die Eröffnung an der Seite des Halses, du
Integumente, versparten wir für den Fall des Nicht
erstern Methode; weil bei jener, wegen der tiefen

scesses, eine Verletzung der wichtigen Halsgefässe, selbst bei der grössten Vorsicht, befürchtet werden konnte. — Nach gehöriger Lagerung des Kindes wurde also der erste Versuch einer künstlichen Eröffnung durch den Rachen mit einem Bistouri gemacht. — Da aber dieser misslang, wählten wir zum zweiten Male statt des Bistouris, das bogenförmige Stilet eines gekrümmten Troikars. Dieses Stilet wurde nun ebenfalls am Zeigefinger, der bis zur obern Wölbung des Abscesses in dem *Oesophagus* vorgeschoben war, eingeführt, und an der Spitze des Fingers angelangt, in bogenförmiger Richtung nach hinten und unten eingestochen, in welchem Momente die Geschwulst am Halse von aussen und unten, nach innen und oben durch einen Gehülfen fixirt ward. Dieser Versuch gelang vollkommen, denn es entleerte sich sogleich eine grössere Menge dicklichen Eiters durch die Mundhöle, der sich insbesondere bei einem stärkern Drucke von aussen, reichlich ergoss. — Nicht minder trug auch das eingetretene Erbrechen zur Entleerung des Eiters bei, in Folge dessen die Respirations- und Deglutitions-Beschwerden gleich nachliessen, und das Saugen ermöglichten, worauf sich der Zustand im Allgemeinen augenscheinlich besserte. Am nächstfolgenden Tage wurde durch einen mässigen Druck von aussen, noch eine ziemliche Menge Eiters entleert. Von nun an wurde auch die äusserliche Geschwulst immer kleiner, und die Eiterentleerung, unter der aus einfachen kalten Waschungen bestehenden Nachbehandlung, immer geringer. Anfangs December hörte die Eiterung ganz auf, und bis jetzt, Ende December, hat sich auch das Aussehen des Kindes bedeutend gebessert.

Zur Pathologie und Therapi wichtigsten Dickdarmkrankh lichen Alter.

Von Prof. Dr. Clar in Gı

(Fortsetzung u. Schluss.)

Anknüpfend an das, von p. 79 bis p. 8(über das *Clysma* und die temporäre Lähmun im kindlichen Alter, vorausgeschickte, lasse praktische Bemerkungen zur Pathologie und und Enteralgieen des Dickdarmes (II.), des likular-Verschwärung des Dickdarms (III.) (IV.), des dysenterischen Processes (V.), de darms (VI.), des Mastdarm-Vorfalles (VII Mastdarm-Schliesser (VIII.), der Mastdarm der Trägheit der Stuhlentleerungen (X.) im I

Wir geben auch hier wieder unsere Erf dung alles Theoretisirens, namentlich dem Be prakt. Arztes entsprechend und eingedenk d hochgeschätzten deutschen Klinikers: „das warten wollen, bis die Gelehrten fertig sind" im Ganzen sich immer günstiger gestaltenden exacten naturwissenschaftlichen Forschung auf unterschätzen. Insbesondere aber legen wir be wähnenden Krankheitsformen des Dickdarms d auf die örtlich anzuwendenden Mittel, also gan Injectionen, weil wir der Ueberzeugung sinc Krankheit im Keime erstickt oder wenigstens schwächt und so viele schädliche Folgen verhü wenn bei Zeiten auch hier örtliche Mittel statt neben den inneren angewendet worden wären, möglich war.

II. Die Spasmen und Enteralgieen des

Welcher nur einigermassen mit kranken K prakt. Arzt wäre nicht zu jeder Stunde des Ta mit einem wahren Angstrufe zu angeblich auf das gefährlichste erkrankten Kindern gebeten wo später die genaueste Untersuchung nichts a

Kolik-Anfälle nachweisen konnte. Wir finden das uns zur Behandlung anvertraute Kind bei unserer Ankunft nicht selten wieder scheinbar ganz wohl, und gelingt es uns einen Anfall abzuwarten, der sich eben als Enteralgie, als intermittirender Schmerz-Anfall in den Gedärmen mit krampfhafter Zusammenziehung ebensowohl der Gedärme als auch gewöhnlich der Bauchwand charakterisirt, so sind wir, da namentlich solche Umstände so häufig vorkommen, mit einer, für den Augenblick zur Einleitung einer entsprechenden palliativen Behandlung (wenn auch nicht immer für weiter hinaus) genügenden Diagnose wohl ziemlich im Reinen.

Allerdings sind die krankhaften Zustände sehr manigfaltig, zu denen sich spasmodische Affektionen der Darmwand mit grösserer oder geringerer Schmerzhaftigkeit gesellen, und wir können hier nur in Kürze und im Allgemeinen bemerken, dass ebensowohl der Darm-Inhalt, als wie die Darmwand, oder beide zugleich, oder aber wohl auch ein entfernteres Leiden des Organismus als Ursache bezeichnet werden müssen.

Finden wir einen wohlgenährten Säugling an der Mutter- oder Ammenbrust, welcher in den freien, schmerzlosen Zwischenräumen mit Behagen trinkt, und nur bei dem eintretenden Schmerzanfalle die Brust schnell und unter heftigem Geschrei, Spannung der Bauchwand und Anziehen der Füsse fahren lässt, ist kein saures Erbrechen, und dagegen normale vielleicht nur etwas trägere Stuhlentleerung da, gehen häufig Darmgase ab, und finden wir auch nach überstandenem Anfalle durch die Perkussion des Unterleibes vermehrten Luftgehalt der Gedärme, oder kommen intermittirende Schmerz-Anfälle unter ähnlichen Erscheinungen bei künstlich ernährten Kindern vor: so sind wir nicht in Zweifel, dass wir es mit einer einfachen Colica flatulenta zu thun haben, deren Anfälle gewöhnlich mit einem oder einigen Chamillenklystieren mit Oel und einigen Gaben von *Magnesia usta* (2 bis 5 Gran p. d. nach dem Alter des Säuglings) in einem schwachen Chamillen-Aufgusse für einige Zeit gehoben werden. Bei wiederholten Anfällen leistet gewöhnlich ein *Infusum Valerianae cum spiritu salis amoniaci anisato* und *syrupo Chamomillae* oder *Diacodii* recht zuverlässige Hilfe, oder wir lassen ein *Iufusum Valerianae et chamomillae* (*aa e scrupul. semis — uno ad unc. duas — quatuor*) bereiten und setzen 1 bis 2 Tropfen *Laud. liqu. Sydenh.*, dann 6 bis 10 Tropfen *spir. sal. amon. anis.* und 2 Drachmen bis zu 1/2 Unze *Syrupus simplex* hinzu; worauf gewöhnlich sehr bald Besserung erfolgt. In einzelnen Fällen wird auch ein geringer Zusatz von *Tinct. Belladonnae* (2 — 4 Tropfen) in anderen von ebensoviel *Tinct. nucis vomicae* erfolgreich sein. — Kehren aber in einem sonst gesunden Kinde derartige Anfälle häufig wieder, gesellt sich saures Erbrechen und dyspeptische mit unverdautem Käse-Gerinsel gemischte Stuhlentleerung hinzu, so muss

insbesondere die Nahrung wie es wohl auch bei
stets geschehen sollte, genau untersucht und ents
werden. Gemüths-Affekte der Mutter oder Amme
(oft auch ohne Nachtheil für das Kind vorüberge
ation, u. dgl. tragen ebenfalls nicht selten die S
es sodann mit einer dyspeptischen Kolik zu thun,
kräftigeres Einschreiten des Arztes erfordert, um
ernsterer Krankheitszustände vorzubeugen. Wir
erfahrungsgemäss einschreiten und kräftig einschı
chemisch nachweisen zu können, welche von den
und sonstigen schädlichen Bestandtheilen des Darı
sten zu beschuldigen sind. — Da Störung der Verc
Erzeugung so häufig zu excessiven Diarrhöen un
gefahrvollen *Cholera neonatorum* führen kann,
sowohl in diätetischer als in medicamentöser
schon gemessenere Rücksichten zu erfüllen. Bed
rung der Nahrung, sorgfältiges Regime der M
das schon früher erwähnte *Infusum Valerianae*,
ein *Infusum Ipecacuanhae* nach entsprechender In
mit einem Zusatze *Tinct. nucis vomicae*, *Spirit*
einem oder zwei Tropfen *Laud. liqu. Sydenh.* u.
wöhnlich von guter palliativer Wirkung, wäh
kleine Gaben von *Rheum* mit *Pulv. lapid. cancro*
saccharum anisi, foeniculi, macis v. cinnamomi u.
unterstützen helfen.

Bei dem häufig vermehrten Durste kann e
sum Chamomillae statt des so häufigen Anlegens
häufigem Erbrechen aber selbst frisches Wasse
immer in sehr kleinen, wenn auch häufigen (
weise) gereicht werden.

Aber auch in jenen Fällen, wo Kolik-Aı
schen, (gelb- oder grünlichen, mit Käse-Gerinı
sigen Darminhalt ausführenden) Diarrhöen ve
besänftigende Klystiere von Kleien-Absud m
Chamillen und Oel bei den wiederholten Kolik-
recht gute Dienste, denen bei excessiven Dia
tender *Cholera neonatorum* Stärkmehl oder Sale
Laudanum substituirt werden kann; vorausge
innere Behandlung der bedenklicheren Krankh
dificirt wurde. Wir resumiren daher, dass bei
dyspeptica das Erste das Klystier und das V
sprechende innere Behandlung und die Diät-R
Wenn vorzüglich kleinere Kinder im Säuglin
an der Brust oder ohne dieselbe genährt we
flatulenta und *dyspeptica* leiden, so kommt bei e

ht selten die Kolik durch Wurmreiz namentlich Asca-
Reiz vor, wogegen dann die weiter unten zu nennenden
nthica durch Klystiere und innerlich die entsprechendste
ung finden.

e Kolik-Anfälle, welche von Erkrankungen der Darm-Wand
n (die wohl auch in den vorerwähnten Fällen nicht ganz
ligt bleiben kann) müssen jedenfalls ihrer Veranlassung
behandelt werden. Je nachdem katarrhalische Erkrankung,
, oder dysenterische Entzündung, Erkrankung des Peri-
s u. s. w. die Ursache von Kolik-Anfällen abgeben, werden
ässig zusammengesetzte Klystiere immer eine Hauptanzeige
nebstbei aber auch Einreibungen von beruhigenden Mitteln
Bauchdecken, als *Oleum Hyosc.*, *Laudanum*, *Belladonna* in
oder Liniment- oder öliger Form, entsprechende Fomenta-
(trockene oder feuchte), Cataplasmen u. dgl. angewendet
können.

olik-Anfälle, welche von einem entfernteren Leiden des
mus herrühren, wie wir sie namentlich bei Hydrokephalus
drorrhachie zeitweilig zu beobachten Gelegenheit haben,
zweckmässig bereitete Clysmen gewiss nicht contraindiciren,
ere werden bisweilen zugleich das beste, wenn auch nicht
hende Vorbauungs- und Linderungs-Mittel der mit jenen
den auftretenden Convulsionen sein.

ie katarrhalische Erkrankung und die Follicular-Verschwärung des Dickdarms.

Katarrhalische Diarrhöen, welche sich schon durch ihre Dauer
nsbesondere durch serös-schleimige oder viscid-schleimige
affenheit als acuter oder chronischer Darmkatarrh kennzeich-
kommen weniger in kräftigen, blutreichen, überhaupt gut
kelten, als in blutarmen, rhachitischen und atrophischen
rn zur Beobachtung. — Sie werden, wenn sie in sonst gesun-
indern vorkommen, gewöhnlich einen ziemlich kurzen und
igen Verlauf durchmachen, und kaum eines kräftigeren ärzt-
Einschreitens bedürfen.

Heftigere acute Darmkatarrhe, welche mit oder ohne acute
enkatarrhe vorkommen können, und mit bedeutendem Fieber
verbinden, werden eine allgemeinere innere und eine zweck-
ge örtliche Behandlung erfordern, die aber grösstentheils nur
theils palliative, symptomatische, theils exspectative sein wird,
i die Darm-Injektionen von schleimigen und beruhigenden,
r bei trägerem Verlaufe auch adstringirenden Mitteln von un-
n Gesichtspunkte aus nicht unerwähnt bleiben dürfen.

Katarrhalische Diarrhöen während der Dentition, werden,

besonders wenn die anderweitige
heftiger auftreten, von jedem
Wohlthat angesehen, und sollen
den, als eine solche natürliche
und als sie nicht die Vegetation
tigen. Haben die anderen Zufälle
gelassen, und bleibt eine katarrha
Salep, Stärkmehl, Alaun, Tannin
Dosen Opium, in Klystieren, u
Catechu, *Ratanhia* u. dgl. ihre e

Was die besonders häufigen I
rhachitischen und atrophischen
so oft auch eine Follicular-Versc
ebenfalls zweckmässige Darm-
und anderweitige interne Cur un
weilig emollirende Klystiere mit
je nachdem die Entleerungen
mehr gereizten oder trägeren Z
den. — Bei sehr hartnäckigen F
Nothwendigkeit versetzt, die ve
zu versuchen, ehe wir den ge
kräftigsten haben sich mir noch (
allgemeinen Cur und Diät) die
bersalpeter-Lösung bewährt; ab
Acori, folia Lauri u. dgl. bereitet

Wir können den ganzen He
genden Krankheitsprocesse, w
schlecht gepflegter und schlecht
Findlinge consumiren und unter
cular-Verschwärung des Dickdar
Ende beiträgt, gewöhnlich mit zie
studiren, wenn wir es uns nur
Aufeinanderfolge ein wenig nachz

Wir finden schon bei der äu
gewöhnlich schon einige Monate
alle Anzeichen der Anaemie und
Hände und Füsse, mässiges oder
gewöhnlich durch einen bedeuten
Ende machte, chronischen Bronch
selten auch Lungenödem, im Ga
blutarme Lungen, eine etwas grö
reichlich versehene Leber, blasse
von Mehlbrei ausgedehnten Magen
Magen- und Darmschleimhaut, stel
eigenthümlichen, solitären, bläulich

lichen) Flecke auf der Schleimhaut des Dickdarms, welche
hrer Mitte kleine Exulcerationen mit dem gelockerten Follikel
en, oder dessen bereits verlustig geworden sind. Die Nieren
en wir ziemlich normal, die Harnblase gewöhnlich ausgedehnt,
blassem Harne gefüllt, wenn ein Hirnödem das Leben beschloss.
In solchen Kindern war gewöhnlich schlechte Ernährung und
ge vorangegangen, darauf hatten sich Lungen- und Darm-Ka-
he von grosser Hartnäckigkeit eingefunden, durch alles das
die Blutbildung sehr beeinträchtigt worden, der Dickdarm-
rrh und seine Follikel-Exulceration hatten die Consumtion
Kräfte sehr bedeutend beschleunigt, und so ein Hirn- oder
genödem oder Beides die krankhafte Reihe mit einer Hirn- oder
genlähmung oder mit beiden geschlossen.

Wenn wir eine solche Kette von krankhaften Veränderungen
Organismus bei vorkommenden ähnlichen Fällen vor Augen
en, so werden wir gewiss sehr wohl berücksichtigen müssen,
das ganze Regime, der Aufenthalts- und Pflegeort gründlich
andauernd zu ändern sind, und dass nur eine allseitig ent-
chende Behandlung, wozu gewiss auch die adstringirenden
roborirenden Injectionen gehören, die Prognose etwas zu
essern im Stande sei.

IV. *Colitis crouposa.*

Wenn ein gewöhnlich noch kleines und zartes Kind an Diar-
n leidet, welche weder den katarrhalischen, noch dyspeptischen
rakter zeigen, so muss man darauf bedacht sein, dass man es
einer an sich seltenen *Colitis crouposa* zu thun haben könnte.
er erkennt man dieselbe aus der Beschaffenheit der mit Blut-
fen und Exsudat-Flocken, selbst Pseudomembranen gemisch-
Darmentleerung, an der dem Verlaufe des Colons entsprechenden
nerzhaftigkeit, der fortdauernden Harnausscheidung bei übrigens
Cholera neonatorum ähnlichem Aussehen u. s. w. und daraus,
in so kleinen Kindern der dysenterische Process, welcher eini-
assen ähnliche Ausscheidungen macht, wohl kaum vorzukom-
pflegt.

Hat die *Colitis crouposa* eine mehr locale Bedeutung, und ist
icht etwa der Folgezustand einer schon durch die erkrankte
er bedingten oder im Kinde selbst entwickelten Pyaemie, so
en auch zweckentsprechende Mittel die beste Wirkung äussern.
kommen dabei immer wieder auf die energische örtliche
endung zurück, wenn wir dem Herde der Krankeit beikommen
en. Nach Massgabe der örtlichen Affektion und des allgemei-
Zustandes des Kindes werden dann kalte oder einhüllende
tiere, einhüllende innere Medicamente, häufig gereichtes kaltes

Wasser in kleinen Gaben, leichte Zusätze voı
inneren und äusseren Medicamenten ihre Anwe
den wir aus verschiedenen örtlichen und all
und bei besonders hartnäckigen Formen der Kı
der Unzuverlässigkeit der Pflegenden uns zı
nicht entschliessen können, so gewährt auch l
Anwendung von Silbersalpeter in lauen Klyst
auf 2 bis 3 Unzen destillirten Wassers) ein
Mittel, aber auch bei der fleissigen Anwendur
stieren gewährt die Silbersalpeter-Lösung eine
Unterstützung. Bei der aus Pyämie hervor
welche ohnedem stets von sehr übler Progno
sich aber mit einer symptomatischen, einhül
Behandlung begnügen müssen.

V. Der dysenterische Prozes

Wenn wir den dysenterischen Prozess als
und eigenthümliche Entzündung der Dickdarms
nen, welche in ihren höheren Graden eine beso
theilweisen Zerfalle der Gewebe erzeugt, wenn
Analogien mit Erkrankungen der äusseren Hau
eine leichtere erythematöse Form, eine tiefe
Schleimhaut selbst, und endlich eine tiefere Erkr
haut und des submukösen Zellstoffs, (ja biswe
übrigen Darmhäute, der *muscularis* und *seros*
gemäss annehmen, so hätten wir drei nach
Affektion aufgestellte Grade, welchen gewöhnli
sität in der Weise entspricht, dass die eryth
milderem Verlaufe, die Entzündung der *mucosa*
tigkeit, und die Entzündung der *mucosa* mit
dation in das submucöse Zellgewebe mit um
und Hartnäckigkeit auftritt, als auch die übrigen I
so oft zum Zerfalle der Gewebe führenden Entz
lgen müssen.

Die Krankheit, welche so oft epidemisch
ersten Lebensjahre nur höchst selten zur Be
eigenthümlichen Ausscheidungen von theils
gelblichen, röthlichen, blutig gestreiften, bluti
nen bis schwarzen gangränösen, stinkenden
auftretende *Tenesmus*, die Empfindlichkeit des I
des *Orificium ani*, die Empfindlichkeit nach dem
darms (welche aber nicht immer zugegen), deı
der einem tiefen abdominellen Leiden entsprec
druck u. s. w. charakterisiren sie hinreichend, s

ne besonderen Schwierigkeiten verursachen kann. Ueber- ; hier nicht der Ort in weitläufigere pathologische und isch-anatomische Erörterungen einzugehen, sondern nur ngen vom speciellen Standpunkte des prakt. Kinderarztes ilen.

chtere Formen, welche mehr mit erythematösem Cha- erlaufen, kommen bei Kindern am häufigsten vor, und zwar einer Erfahrung weniger vor dem vollendeten 3. Lebens- ls nach demselben, obwohl manche Epidemieen auch in Fällen bis zum ersten Lebensjahre herabsteigen. — Die :e Intensität der Erscheinungen, das mässige Allgemein- ler mässige *Tenesmus* und die nur zeitweiligen Kolik-Anfälle, rsameren, blassgelblich schleimigen oder leicht blutig ge- Entleerungen sind wohl in der Regel der Massstab für den id die Prognose, aber bei Weitem nicht immer, denn auch ge Formen verlaufen bisweilen durch einige Zeit unter ganz Erscheinungen, bis auf einmal die ominösesten örtlichen lgemeinen Symptome den herannahenden Tod verkünden. fahrung räth daher, auch bei den leichteren dysenterischen kungen mit dem günstigen prognostischen Ausspruche immer haltend zu sein, was um so mehr der Fall ist, wenn schon rneherein die Heftigkeit der gesammten Erscheinungen auf it verbreitetes und tieferes Ergriffensein des betreffenden ohres hindeuten.

Es leuchtet ein, dass namentlich bei der erythematösen Form, r im ersten Anfange immer annehmen können, die örtlichen , also entsprechende Injectionen in den Mastdarm die erspriess- en Dienste leisten müssen, wo wir sogar an ein Coupiren, an iederschlagen des ganzen Krankheits-Prozesses denken kön- wenn wir nur zeitlich genug gerufen werden, dass aber von Auslöschen des Krankheits-Prozesses nicht mehr die Rede könne, wenn einmal die tieferen Schichten des Darms durch lative Ablagerung infiltrirt wurden. Können wir aus der Rei- lge der bisherigen Erscheinungen der Hoffnung Raum geben, wir es noch mit einer oberflächlicheren Entzündung zu thun n, wenn innerlich und durch Injectionen beigebrachte einhül- e und beruhigende Mittel (*Dcto* — *Infusa* von Salep und *Ipeca- ha* mit etwas *Laudanum*, innerlich, Amylum-Klystiere, Salep- tiere mit etwas *Laudanum v. Belladonna* u. dgl.) nicht baldige erung erzeugen, so säume man nicht, zuerst zur lauen und len Silbersalpeterlösung, und wo auch diese erfolglos wäre, zu en Wasser-Klystieren abwechselnd mit kalter Silbersalpeterlö- g, entweder in gemessenen Zwischenräumen oder nach jedes- ger Entleerung als *Clysma* angewendet, überzugehen. Kalte chläge auf die Bauchwand können diesen Vorgang bisweilen

passend unterstützen. Ist es nicht möglich
diesen Vorgang gleich in den ersten Tagen :
man annehmen, dass bereits die tieferen Sch
griffen sind; und nun ist es die Aufgabe d
geregeltes methodisches Vorgehen theils der
Schranken zu setzen, theils das bereits abg
baldigen Schmelzung und Entleerung zu bring
werden dann theils einhüllende und beruhige
solche von lauer Silbersalpeterlösung abwech

Dass entsprechende innere Mittel, un
auch namentlich die warme Cataplasmirung
stets mit langsamem nur allmähligen Uebe
früher angewendeten Kälte zur Wärme, ni
sollen, bedarf wohl nicht erst der Erwähnung
ren Mitteln, welche mit Vortheile bei der D
werden können, auch das Calomel einen herv
dient, kann ich von meiner Erfahrung aus
es meinen Erwartungen nicht entsprach, vie
spät angewendet wurde; mit Nutzen aber kö
fahrung die als *Antacida* bekannten Alcalie
wendung gezogen werden. Trotz der grös
des Arztes sowohl als der Pflegenden, tr
Anwendung der geeignetsten Mittel, trotz
gimes werden aber (namentlich bei Epide
haupt einen bösartigen Charakter, und b
eine grosse Neigung zum Zerfalle der Gew
che Fälle vorkommen, welche mit dem Tod
daher, nach Massgabe sorgfältiger Beobachtu
der einzelnen Formen und zu verschiedener
Rücksichten genommen werden müssen. Ein
liche Charakter mehr vorwalten, ein ande
ein drittesmal werden schon zu leichteren I
Kolik-Anfälle sich gesellen, zur heissen Somm
lich Leberreizung, ja metastatische Leberent
mal werden wieder rheumatische Peritoneal-A
gesellen, so dass derjenige Praktiker (wie t
der Glücklichste sein wird, welcher am best
versteht.

VI. Die Parasiten des Dick

Von der Ansicht ausgehend, dass es kei
krankheit, wohl aber eine grössere oder ge
mehr oder weniger günstigen Boden zur Ent
rung der stets von Aussen aufgenommenen W
zelnen Organismen gebe, lassen wir über dies

{jen}enen Gegenstand nur einige wenige Worte folgen, in so weit er {u}nsere Aufgabe berührt.

Mit der dürftigen Kost des Dickdarm-Inhaltes, insbesondere {w}ohl nur des *Secretes* seiner Wandungen begnügen sich nur die {P}eitschenwürmer, vorzüglich den Blind- und aufsteigenden {G}rimdarm bewohnend, beide aber auch mehr weniger ab- und {a}ufsteigend bis in den Quer-Grimdarm gelangend, während die {S}pul- und Bandwürmer vorzugsweise den Dünndarm bewohnen, {u}nd somit kein Gegenstand unserer Besprechung sein können.

Die ersteren verursachen, obwohl bisweilen in grosser Anzahl {v}orhanden, wie es sich bei mehreren Krankheiten, welchen häu{f}ige und flüssige Darmentleerungen eigenthümlich sind, zeigt, in {d}er Regel keine besonderen Beschwerden, wohl aber die letzteren, {i}ndem sie es gewöhnlich sind, welche bei Kindern und nicht selten {a}uch bei Erwachsenen, das so lästige, bisweilen unerträgliche {J}ucken im Mastdarme und in den weiblichen Genitalien verursa{c}hen. — Wenn wir in die Lage kommen eine entsprechende Be{h}andlung gegen diese Bewohner des Dickdarms einleiten zu müssen, {s}o ist es wieder die entsprechende Injection in den Darm, also das {K}lystier, welches uns in den meisten Fällen palliative und radicale {H}eilung verspricht.

Aber wir müssen zu diesem Zwecke mit einer gewissen Me{t}hode vorgehen und uns nicht etwa mit einzelnen Klystieren in {g}rossen Zwischenräumen begnügen, sondern schnell hintereinander {S}chlag auf Schlag mehrere Klystiere folgen lassen, in der Weise {d}ass wir vorerst die Würmer durch versüsste Milchklystiere in den {u}ntern Theil des Dickdarms locken, dadurch mit den darauf fol{g}enden Entleerungen schon eine ziemliche Anzahl entfernen, so{d}ann aber auch auf die noch rückständigen durch eigentliche *Anthelmintica* tödtend einwirken. Bei grösserer Hartnäckigkeit dieses Leidens müssen dann allerdings auch innerlich gereichte *Anthelmintica* und *Drastica* die Cur unterstützen. Was die palliative Behandlung anbelangt, so gewähren die Kaltwasserklystiere gewöhnlich die beste momentane Erleichterung; handelt es sich aber darum, nachhaltig einzuwirken, und hat man über die dazu nöthige Zeit zu gebieten, so ist es am besten dem betreffenden Individuum des Abends eine kräftige Dosis Santonin oder *pulv. semin. santonici* in Oblaten oder Honig und Morgens darauf eine kräftige Gabe von *pulv. rad. Jalapae* zu verabreichen, und einige Stunden nachher, wenn schon die Anzeichen einer bald zu erwartenden Stuhlentleerung eintreten, versüsste Milchklystiere und zwar mehrere hinter einander beizubringen. Bei den nun folgenden Stuhlentleerungen wird schon ein grosser Theil dieser lästigen Darm-Inwohner entleert werden, die noch rückständigen suche man durch Klystiere von einem *Infusum* des Wurmsamens in Milch oder Wasser mit

Hinzugabe von etwas Ricinus-Oel
zu entfernen. Die etwa noch vorha
die Neigung zur abnormen Schlei
Darmrohrs, kurz die begleitenden
wöhnlich den Würmern zugeschri
selbstständige Anomalieen der Dar
durch nicht zu häufig, aber durc
oder auch anderweitige roborirend
wohl nicht erwähnt zu werden, d
einfache und kräftige Behandlung
pfohlen werden kann) doch auch
nach individuellen Ueberzeugung
den können. Die obwohl etwas s
Wurm-Latwerge (*Rp. Sem. Cina*
drach. duas, Rad. Jalapae d
duas, Oxymel Scillae q. s. ut fia
kaffeelöffelweise bis zu einigen
minthische Klystiere von *Absint*
Zusatz von *Fel tauri*, ferner der
Raute, Schnittlauch, Knoblauchk
und *sem. Cinae* mit Zusatz von T
den Umständen gewählt und der
schlossen oder substituirt werde
Stuhlzäpfchen mit Merkurial-Salb
pie-Bäuschchen in der Scheide w
wenn keine Gelegenheit ist, kräf

Innerlich gereichte *Roboran*
noch zur Nachkur erforderlich, g
me, ebensowohl was die Nahrun
halten anbelangt, niemals versäu
verdauliche Fleischkost, kräftige
speisen, wenig stark gesüsste S
Bewegung im Freien, kalte Was
und Turnen bei grösseren Kinder
der Nachkur zu empfehlen.

VII. Der Mastd

VIII. Die Lähmung de

Der Vorfall des Mastdarms u
Schliesser, welche ohnedem in all
ken ausführlich abgehandelt werd
erwähnt werden, als wir dabei w
Cautelen aufmerksam machen w

Auftreten dieser Uebel gewöhnlich nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Das Erste und Wichtigste, wenn der Mastdarm bei einem Kinde vorgefallen ist, welches seine Stuhlentleerungen schon sitzend auf einem Töpfchen verrichten kann, ist die sogleiche Reposition durch die Mutter oder Wärterin. Sehr oft gelingt sie derselben durch einen kleinen Kunstgriff in folgender Weise: nachdem sie sich nämlich von dem Vorhandensein des Vorfalls überzeugt und das Kind noch einige Zeit nach dieser vorläufigen Untersuchung auf dem Töpfchen sitzen gelassen hat, hebe sie dasselbe unerwartet und rasch empor; durch diesen leichten Schrecken, der ohnedem nicht so bedeutend ist, wenn er nur von der Mutter oder der gewohnten Wärterin ausgeht, zieht sich der Mastdarm-Vorfall gewöhnlich rasch zurück, und zwar nicht selten auch in solchen Fällen, welche schon durch das oft wiederholte Vorfallen etwas hartnäckiger geworden sind. Es kann also dieses Verfahren als eine sehr einfache, und von den zunächst um das Kind beschäftigten Laien ohne Gefahr auszuübende methodische Hülfeleistung betrachtet werden, welche bisweilen alles weitere ärztliche Eingreifen überflüssig macht. Gelingt es auf diese Weise nicht die Reposition zu bewerkstelligen, so muss die Pflegerin des Kindes sofort vom Arzte unterrichtet werden, wie sie dieselbe nach jedesmaligem Vorfalle selbst verrichten könne; denn es ist eben die Aufgabe zur baldigsten Beseitigung dieses Uebels, durch die unverzügliche Reposition das Möglichste beizutragen, ehe eine grössere Ausdehnung und Erschlaffung und nachherige Schwellung und Congestion in den betreffenden Theilen entstehen kann.

Nach der Reposition sind Eisstückchen, Charpie-Pfröpfe mit concentrirter Alaun- oder noch besser Tannin-Lösung durch das *Orificium ani* einzubringen, und wenn sie nicht bleiben, mittelst einer Kugel von Badeschwamm oder Charpie und einer Tförmigen Binde zu befestigen. Zu empfehlen sind auch ganz kleine Injectionen von eiskalter Tannin-Lösung, ebensowohl unmittelbar nach der Reposition, als auch bei fortschreitender Besserung, worauf aber in vorerwähnter Weise der Vorfall zurückgehalten werden muss. Bei älteren, mehr weniger hartnäckigen Vorfällen ist *Lapis infernalis*, Betupfen mit concentrirter Salpetersäure, bei Entzündung und Gangrän Eis, bei Verhärtungen und Degenerationen die stets nur theilweise zu bewerkstelligende Ligatur zu empfehlen.

Was die temporäre oder andauernde Lähmung der Mastdarm-Schliesser anbelangt, so kommt eine solche namentlich bei schon grösseren Kindern (von 8—12 Jahren) in der Weise vor, dass nach vorausgegangenen Diarrhöen, nach andauerndem Ascariden-Reize, auch bisweilen ohne bekannte Ursache die festeren oder weicheren Excremente von selbst im Gehen hinabfallen, worauf

die Untersuchung gewöhnlich ein klaffendes *Or*
nehmen lässt. Die Entleerung des Dickdarms m
bigen, wiederholten Klystieren, und nach der
Klystiere von einer Tannin-Lösung mit etwas *Tin*
haben mir bei diesem Zustande stets die besten
Daraus folgt von selbst, dass dieselbe Methode au
Berücksichtigung des Alters, bei Lähmungen de
Mastdarm-Vorfällen nach der Reposition angewend

Dass auch hier das Regime entsprechend ein
müsse, dass die Kinder nach der Reposition ein
dem Bauche zu liegen haben, dass man ihnen Na
Medicamente verabreiche, welche anstatt die Da
fördern, dieselbe eher durch einige Zeit anzuh
seien etc. bedarf wohl kaum der Erwähnung.

IX. Die Mastdarmblutungen.

Wir können hier weder auf diejenigen Haemo
sicht nehmen, welche durch anderweitige ausgedeh
processe des Dickdarms, also vorzüglich durch T
Dysenterie bedingt werden, noch wollen wir de
wohl höchst seltenen Hämorrhoidal-Leiden eine gr
zollen, sondern wir wollen nur in Kürze erwähnen
ständigen, idiopathischen Mastdarmblutungen,
(bei Ermanglung aller anderweitigen Krankheits
nicht unbedeutender Intensität aufzutreten pfle
dem bisweilen so heftigen *Blutergusse* durch die
analog zu halten sind, *wohl am schnellsten* un
durch entsprechende *Injectionen in den* Mastdar
Kaltes Wasser, *Eisstückchen, Alaun- und* Tan
wasser etc. oder *entsprechend imprägnirte*
wöhnlich baldige und *ausreichende Hilfe* in hef
rend man mildere *Blutungen sich selbst* überla

X. Die Trägheit der Stuhlentl

Es ist nicht selten die eben nicht als ge
tende Aufgabe des Kinderarztes, die habituel
entleerung, welche entweder eine angeborne
nen Krankheiten zurückgebliebene sein kann
chendes Verfahren zu beseitigen. — Die An
säftchen, Latwergen, von Jalapen-Pulver u.
hinaus, ist durchaus zu verwerfen, weil
Darmkanal dadurch krankhaft gereizt und a
heit des Dickdarms, welche gewöhnlich die U

nicht gründlich gehoben, ja im Gegentheile nur noch vermehrt wird. Wir stellen uns zur Hebung dieser bisweilen sehr lästigen, ja bei Anlage zu Hirnzufällen bisweilen sogar gefährlichen Trägheit eine doppelte Indication und zwar: *a*) Die Secretion der Darmschleimhaut und *b*) die Thätigkeit der Muskelfasern anzuregen.

Ersteres geschieht durch Klystiere von milderen Salz- und Seifen-Lösungen, welche nach dem Grade der Obstruction und muthmasslichen Trockenheit der Dickdarmschleimhaut entsprechend zubereitet sein müssen; es können dazu Kochsalz, Salmiak, Bittersalz, Glaubersalz und Doppelsalz gewählt werden, welche nach gehöriger Berücksichtigung des Individuums von 10 Gran bis zu 1 Drachme den Klystieren, die aus schwachen Lösungen von grauer oder einer anderen noch milderen Seife bestehen, beigesetzt werden.

Sollten mancherlei Gegenanzeigen solche methodische Injectionen verbieten, so werden Injectionen von lauem Zuckerwasser nicht selten noch hilfreich befunden werden.

Um die Thätigkeit der Wandungen des Dickdarms anzuregen, ist ein *Decoctum Taraxaci* oder *Graminis* mit einem Zusatze von *Tinct. Colocynthidum, Tinct. Rhei aquosa* oder *vinosa, Tinct. Aloes etc.* oder ein mildes *Infusum rad. Jalapae* oder *folior. Sennae* mit ähnlichen Zusätzen in bestimmten nicht zu kleinen Zwischenräumen zu empfehlen.

Dadurch wird es nicht selten gelingen die Trägheit der Secretion und der peristaltischen Bewegung zu beseitigen und die Stuhlentleerung zu ordnen.

Wenn wir nun unsere kurzen Bemerkungen zur Pathologie und Therapie einiger Dickdarmkrankheiten des kindlichen Alters überblicken, so müssen wir uns gestehen, dass vieles Wichtige unberücksichtigt gelassen, während wir so manches ohnedem Bekannte erwähnt haben. Wir sind daher weit entfernt diesen Bruchstücken aus der Praxis einen anderen Nutzen vindiciren zu wollen, als eben nur den, dem praktischen Arzte, namentlich dem jüngeren, die Wichtigkeit der verschiedenartig zu modificirenden Darm-Injection in lebhaftere Erinnerung gebracht, und dabei vorzüglich derjenigen Krankheiten gedacht zu haben, welche sich für diese Heilform besonders eignen. — Wir müssen wiederholt die Ueberzeugung aussprechen, dass das Clysma als örtlich und leicht auf die erkrankte Stelle anzuwendendes Heilmittel dieselbe Berücksichtigung verdiene, wie die örtlichen (erst in neuerer Zeit zu erhöhter Bedeutung gelangten) Mittel bei Hautkrankheiten, und sprechen dabei die Hoffnung aus, dass diese Anregung unter den Fachmännern weitere und gründlichere Erörterungen finden werde, als sie diese kurzen fragmentarischen Bemerkungen bieten konnten. Dass

dabei aber auch der Missbrauch sorgfältig vermieden werden müsse, hat namentlich der jüngere Arzt stets ernstlich und gewissenhaft zu beachten.

Möge man diese Zeilen immerhin eine sehr mittelmässige „Lobrede auf das Clysma" nennen, wir werden uns darüber nur lächelnd erfreuen, in der Hoffnung, dass unsere Tadler es bald besser machen werden.

Ideen zur Anbahnung einer wissenschaftlichen Diätetik und physischen Erziehung des Kindes.

Von Dr. L. M. Politzer,

Director des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes in Wien.

(Fortsetzung.)

Wir kommen, in dem Gange unserer Abhandlung, zur Erforschung der zweiten von uns aufgestellten Grundlage einer wissenschaftlichen Diätetik des Kindes —

B.

Zur Erforschung der Einrichtung und Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane des Kindes.

Wie beim Erwachsenen, neben der Einsicht in die Forderungen seines Stoffwechsels, die Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane, gegenüber den von ihm aufzunehmenden Nahrungsmitteln, die wesentliche Grundlage zur Bestimmung der für ihn erspriesslichen Nahrung bildet, also und noch mehr für das Kind. Wir sagen, noch mehr — weil beim Erwachsenen: Willkür, Gewohnheit, Eigenthümlichkeit der Individualität, Beschäftigung, Lebensweise, Klima, sowie endlich das eigene Gefühl des Passenden oder Unpassenden — mannigfache Modalitäten in jedes von der Wissenschaft etwa aufzustellende allgemeine Gesetz der Nahrungsordnung bringt, — während beim Kinde alle diese Umstände wegfallen und dasselbe dem Gesetze der Nahrungsweise, welches die Wissenschaft und Erfahrung eventuell aufstellen möchte, konsequent und leicht unterzogen werden kann.

Wenn man, bei Erforschung der in Rede stehenden Grundlage, sich die Frage stellt: wie viel, in den zeitherigen Diätetiken, auf die Leistungsfähigkeit der kindlichen Verdauungsorgane Rücksicht genommen ward, so kann man nicht umhin zu bekennen, dass nirgends ein exaktes Eingehn in die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der betreffenden Organe, die Basis der für das Kind aufgestellten Nahrungsweise bildet. Und doch ist es keine Frage, dass eine soviel möglich exakte Kenntniss der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit der kindlichen Verdauungsorgane, die nächste und positivste der Grundlagen bildet, auf welche eine wissenschaftliche Feststellung der Nahrungsordnung des Kindes basirt werden kann. Für den Erwachsenen ist es anerkannt, dass je nach dem Zustand seiner Verdauungsorgane, dasselbe Nahrungs-

mittel bald leicht verdaut wird ...
Erinnern nur an den Zustand d...
anerkannt, dass dieselben Nahru...
Klasse zuträglich sind, einer ande...
der Städter mit seiner physisch un...
Thätigkeit eine andere Nahrung ...
also gewiss, dass kein Nahrungsm...
Werth habe und ebenso, dass ...
Tauglichkeit eines Nahrungsmitte...
logische Zustand des Individuum...
der Beziehung seiner Verdauung...
markirten relativen Werth aufp...
ist somit, im strengsten Sinne des...
Einen Nahrungsmittel, kann der...
vität der Tauglichkeit und des W...
ein unüberschreitbares Gesetz, a...
Erwachsene und das Kind, sor...
gebunden sind, dass Thiergattu...
unwandelbar parallel gehn, und s...
die Wahl der Nahrung mit der ...
Gattung konstant übereinstimmen...

Ein Gesetz solch feststehen...
durch das ganze Thierreich sich h...
Grundlage der Diätetik im Allgem...
tetik des Kindes zu machen, liegt...

Um aber nun diese Grundlag...
zu gewinnen und behufs ihrer pra...
festzustellen, werden wir folgend...
schlagen.

1. Werden wir die konstan...
bestimmten Art der Nahrungsmitte...
bestimmten anatomischen und ph...
Verdauungsorgane im Thierreic...

2. Dieselbe bestimmte Bezi...
Menschen —

3. Endlich diese Beziehung...
Kinde eigenthümlichen Beschaffe...
einer vergleichenden Betrachtung u...

1. Die Beziehung der Nahrung u...
im Thierre...

Im ganzen Thierreich, am aus...
der Säugethiere, offenbart sich, sow...
bei den neugebornen und jungen Säug...
mässigkeit in der Beziehung, die zwi...

Grösse und Art der Verdauungswerkzeuge und der Art der von ihnen gewählten Nahrungsmittel Statt hat. Um nicht Bekanntes zu wiederholen und breit zu treten, wollen wir uns hier für unsern Zweck darauf beschränken, nur die hervorstehendsten Züge dieser Beziehung zu skizziren und nur jene Punkte besonders hervorzuheben, die einerseits die gedachte Beziehung in ein helleres Licht zu stellen geeignet sind, andererseits noch nicht in der ihr zukommenden Bedeutung gewürdigt sind.

Was zunächst die Kauwerkzeuge betrifft, so ist der Unterschied, der in der Stärke, Zahl und Form der Zähne der Thiere Statt hat, je nachdem sie auf pflanzliche, thierische oder gemischte Nahrung angewiesen sind, eine sattsam bekannte Thatsache. Dieselbe Beziehung zur Nahrung macht sich aber auch beim neugebornen und jungen Säugethiere geltend, rücksichtlich der Zeit des Auftretens und Durchbruchs der Zähne, die eben, je nachdem das junge Thier früher oder später die Brust der Mutter verlässt, und anderweitige, schwerer zu verarbeitende Nahrung heischt, früher oder später zum Vorschein kommen. So kömmt das Kaninchen schon mit zwei Zähnen zur Welt und es treten die übrigen schon in den nächsten 10 Lebenstagen zu Tage; so auch bringen die Wiederkäuer die ersten Zähne mit zur Welt, oder es erscheinen dieselben wenige Tage nach der Geburt, um sich im ersten Lebensmonate zu vervollständigen, während junge Hunde und Katzen, die nicht so früh der Zähne bedürfen, diese erst in den spätern Lebenswochen erhalten. Auf dieses Verhältniss grossentheils gründet sich bei den jungen Säugethieren der verschiedenen Gattungen einerseits, die längere oder kürzere Dauer des Säugens (die übrigens, nach Burdach, auch im geraden Verhältniss zur Körpergrösse und im umgekehrten zur Fruchtbarkeit steht) andererseits, die frühere oder spätere Aufnahme anderer Nahrung. So frisst das Meerschweinchen schon am ersten Lebenstage Gras, weil es eben auch nur 14 Tage lang gesäugt wird, so auch frisst das Rennthier einige Tage nach der Geburt Gras und Flechten, während das Kalb erst nach mehreren Wochen nebst der Milch anderweitige Nahrung fordert, indem eben dessen Zähne mit dem ersten Monate erst sich vervollständigen.

Wie zwischen der Art der Kauwerkzeuge und der Art der Nahrung, also besteht zwischen der Art des Magens und der Art der Nahrung dieselbe gesetzmässige Beziehung. Wir brauchen den Unterschied des Magens der Pflanzenfresser und der Fleischfresser nicht erst näher zu bezeichnen, um an demselben zu zeigen, wie unzweideutig und strenge die gesetzmässige Beziehung, von der wir sprechen, ausgedrückt ist. Wir erwähnen deshalb blos, als auffallenden Beleg für die Unumstösslichkeit dieses Gesetzes, dass mitunter bei einer und derselben Thiergattung die

Nachdem die zu dieser Gattung
thierische oder gemischte Nahru
Verdauungsapparat des Orang-O
frisst, die grösste Aehnlichkeit mi
Schlankaffe, der sich von Kräuter
theiligen Magen besitzt. Interess
liche Beziehung ist, analog der o
Zähne, der mit der Art der N
Entwicklungsgang des Mag
zukommenden vierfachen Magen
vierte Magen entwickelt, weil
und nicht Pflanzennahrung genies
unvollkommen entwickelt, nichts
allein ausreicht.

Dieselbe Beziehung
kanal. Die Länge der Gedärn
im geraden, mit der Fleischnahru
Bei den Wiederkäuern ist die L
grösser als die des Körpers, —
bei den Fleischfressern nur 4 od
und Stärke des Blinddar
kanals, wo die vom Magen und D
tigten Nahrungsmittel eine neue S
Verarbeitung finden, — tritt die
auffallendsten hervor, indem die
Thiere, eine höchst verschiedene is
bei Pflanzenfressern, wie bei Pferd
Grösse des Magens sogar um das

Die Konsequenz der in Rede
ferner noch in den drüsigen An
kanals kund, die sonach stets, i
stimmtes Verhältniss zu der den Th
beobachten. Die Mundspeichel
eine geringe Entwicklung bei den
umfangreiche bei Pflanzenfressern*)
Die Konsequenz dieses Verhält

---

*) Bei Pferden beträgt das Gewicht d
des Heu's hinabschluckt, sechsmal s
Biber, dessen Magen und Blinddarm
angefüllt findet, sind nach E. H. We
wältigung und Umsetzung der dem S
einer Grösse, dass sie 1/18 des gesa
während sie z. B. beim Menschen n
bei diesem Thiere auch das *Pancreas* a
Zoll lang (Weber).

meisten der im Wasser lebenden: die Fische, Wallfische etc. (die keine stärkemehlhaltigen Nahrungsmittel geniessen) keine Speicheldrüsen besitzen. — Auch die Bauchspeicheldrüsen beobachten in ihrer Grössenentwicklung dasselbe Gesetz der Beziehung zur Nahrung, so dass sie bei Pflanzenfressern nicht nur ungleich grösser sind als bei Fleischfressern, sondern dass diese Grössenentwicklung bis zu einer gewissen Grenze, in einem und demselben Thiere, mit der Abänderung seiner Nahrung wechselt. Dies ist bei den Katzen der Fall, deren Bauchspeicheldrüse im gezähmten Zustande, d. h. wo sie an Pflanzenkost gewöhnt werden, an Grösse bedeutend zunimmt.

Ein zusammenfassender Rückblick auf das über die Beziehung der Art der Verdauungswerkzeuge der Thiere zur Art ihrer Nahrungsmittel Gesagte berechtigt zu folgenden Schlüssen:

1. Es besteht ein bestimmtes Gesetz, ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Art der Verdauungswerkzeuge und der Art der Nahrung, so dass jedes Thier bis zu einer gewissen Grenze, nur die seinen Verdauungswerkzeugen anpassenden und entsprechenden Nahrungsmittel gedeihlich benützen kann, — dass sofort der Verdauungsapparat der Pflanzenfresser auf Pflanzennahrung, der der Fleischfresser auf Fleischnahrung, diejenigen endlich, deren Verdauungsapparat die Mitte zwischen Beiden hält, auf gemischte Nahrung angewiesen sind.

2. Diese Beziehung der Gattungs- und Artverschiedenheit der Verdauungswerkzeuge zur Nahrung macht sich nicht bloss darin geltend, dass durch dieselbe im Allgemeinen die Wahl der pflanzlichen, thierischen oder gemischten Nahrung bestimmt wird, sondern je nach der Stärke, Leistungsfähigkeit und sonstigen Modifikation der Verdauungsorgane einer bestimmten Thierart, wird die pflanzliche Nahrung der Pflanzenfresser, die thierische der Fleischfresser und die gemischte Nahrung der Andern eine besondere Modifikation ihrer Beschaffenheit einhalten müssen.

3. Die von der Art der Erwachsenen abweichende Art der Verdauungswerkzeuge der jungen Säugethiere und die dieser entsprechende abweichende Art der instinktiven Nahrungswahl der Letztern zeigt an dieser grossen Thierklasse, dass ein strenge bindendes Gesetz für das neugeborne und junge Säugethier eine von der des erwachsenen differente Nahrung fordern.

Wir werden weiter unten bei Betrachtung der Verdauungsorgane des Kindes in ihrer Beziehung zur Nahrung erkennen, wie das eben berührte Gesetz in gleich unverbrüchlicher Strenge auch für die Nahrungsweise des Kindes seine Geltung behauptet.

Wir wollen darum, dem eingeschlagenen Gange unserer Untersuchung folgend,

2. Die Beziehung der A
zur Art der Nahrung
beim Erwachs

Wir können uns hier um
trachtung der Eigenthümlichke
des, zu vergleichenden Rück
öftern Anlass haben werden. A
der Beziehung seiner Verdau
zu bekannt, um hier das Näher
Zusammenhanges wegen, sowi
Gesetzes der Beziehung der A
dauungsorgane erwähnt: dass
senen Menschen in Hinblick auf
und der Fleischfresser, die Mit

a) durch seine Kauwer
menden gerieften Mahlzähne,
möge seiner gezackten Zähne;

b) durch die mittlere
sen, die grösser als bei Fleis
fressern sind;

c) durch die bedeutende
sacks (als Vertreters des Pa
chen der Magen des Menschen
rundlichen, viel kleinern Mag
mehreren Abtheilungen verseh

d) durch die mittlere Län
ebensolche, d. h. zwischen de
die Mitte haltende Grösse des C
der Bauchspeicheldrüse

dass er also, vermöge all
dauungsorgane, seine Beziehun
lichen Nahrung beurkundet u
Menschen auch dasselbe Gesetz
Verdauungsorgane die Art der
gedeihliche Entwicklung der me
als physischer Beziehung bei al
wo es zur Anwendung kam, best
wie auch dass überall, wo es na
durch ausschliesslich pflanzlich
schritten ward, diese Ueberschrei
Verkümmerung sich rächte.

Nach diesen kurzen Andeut
der Verdauungsorgane des Erwac
Nahrung, kommen wir zum letzt
stellung der in Rede stehenden B

3. Zur Betrachtung der Beziehung, welche durch die Eigenthümlichkeit der kindlichen Verdauungsorgane gegenüber der Nahrung begründet wird.

Wir haben hier zu untersuchen:

A. Die anatomischen und Entwicklungsverhältnisse der kindlichen Verdauungsorgane.

B. Die physiologischen Verhältnisse derselben oder die Physiologie der kindlichen Verdauung.

A.

Die anatomischen und Entwicklungsverhältnisse der kindlichen Verdauungsorgane).*

Wir heben hier nebst den anatomischen noch ganz besonders die Entwicklungsverhältnisse der in Rede stehenden Organe hervor, weil wenn anders auf die anatomischen, rücksichtlich der durch sie zu begründenden Beziehung zur Nahrung, ein Werth zu legen ist, die Kenntniss des Ganges und des Zeitpunktes der verschiedenen Stufen der Entwicklung, für die jedem Zeitpunkte des kindlichen Lebens anzupassende Nahrung, von der grössten Wichtigkeit sein muss.

Wir werden nun der Reihe nach untersuchen:

a) Die anatomischen und Entwicklungsverhältnisse der Kauwerkzeuge des Kindes.

aa) Im ersten Abschnitt der ersten Kindheit. Die anatomischen Verhältnisse haben hier einen von dem der übrigen Kindheit weit abstehenden und scharf markirten Charakter. Es fehlt nämlich in dieser Periode der Apparat, der dem Begriffe eines Kauapparates entspricht, noch ganz und gar. Es bildet die Mundhöhle vielmehr nur einen einfachen Saug- und Durchgangskanal. Eine nähere Untersuchung lehrt nämlich, dass die Mundhöhle in dieser Zeit, vermöge des höchst unvollkommen ausgebildeten Unterkiefergelenks, bedingt: durch das bedeutende Zurück-

*) Will man den Entwicklungsgang der Verdauungsorgane, behufs der durch denselben begründeten Beziehung zur Nahrung, mit Nutzen ins Auge fassen, so muss man die erste Kindheit, d. i. die Zeit von der Geburt bis zum vollendeten ersten Zahnen, also bis zur Hälfte des dritten Lebensjahres, in drei Abschnitte theilen. Die erste umfasst die eigentliche Säuglingsperiode, d. i. die Zeit von der Geburt bis zum Beginn der Zahnung oder dem 7. Monat, — die zweite von da bis zum Vorhandensein von 12 Zähnen, also vom 7. bis ungefähr 15. Monate; — der dritte von da bis zum Vorhandensein sämmtlicher 20 Milchzähne, also bis zur vollendeten ersten Zahnung. Wir brauchen nicht erst hinzuzufügen, dass die aufgestellten Abschnitte und ihre Grenzen nur approximative sein sollen, indem, wie nirgends in der Natur, so auch hier nicht scharfe Grenzen, sondern nur Uebergänge zu beobachten sind.

stehn des Unterkiefers gegen den Oberkiefer, durch die Unvollkommenheit und geringe Masse der Kaumuskeln — die bei der Flachheit der Schläfengrube und der geringen Wölbung des Jochfortsatzes einen ungünstigen Raum für ihren Anfang finden — durch die Flachheit der Gelenkgrube des Unterkiefergelenks, durch den Mangel der Zähne und die geringe Resistenz des Zahnfächerfortsatzes u. s. w. zum Kauen nicht eingerichtet ist, dass sie aber dafür durch die geringe Entwicklung des harten Gaumens kurz, durch den Mangel der Zähne niedrig ist und durch die verhältnissmässig längeren, zum Umfassen der Brustwarze besonders geeigneten Lippen einen bequemen kurzen Saug- und Durchgangsapparat bildet. Weshalb denn auch in dieser Periode der Kindheit jeder Versuch einer eigentlichen Kaubewegung fehlt, und alles in den Mund Gebrachte von dem Kinde einfach, ohne weitere Verarbeitung und sofort ohne alle oder nur mit sehr unbedeutender Einspeichelung, verschluckt wird. Daher auch, wenn den Kindern in dieser Zeit irgend was Festeres gereicht wird, dieses durch die schwache Thätigkeit der Buccinatoren nicht fortgeschafft werden kann und zwischen Backen und Zahnfortsatz liegen bleibt.

Es geht aus dem Allen schon jetzt der vorläufige Schluss hervor, dass diese anatomischen Verhältnisse der Kauwerkzeuge und der Stand ihrer Entwicklung in dieser Periode eine derartige Beziehung zur Nahrung begründet, dass jede Nahrung, die des Kauens oder nur einer reichlicheren und innigeren Einspeichelung bedarf, gänzlich wegzufallen hat und dass die geschilderten Verhältnisse nur eine solche Nahrung gestatten und fordern, welche den Mund nur einfach zu durchlaufen hat, welche ferner der Beimengung des Speichels gar nicht bedarf, also erstens eine flüssige, zweitens eine solche, welche ohne das Zuthun des Speichels durch die umsetzende Kraft des Magensafts allein verdaut werden kann, mit einem Worte eine Nahrung, die wie die Milch Stoffe enthält, die weder der Verkleinerung durch Kauen, noch der Einspeichlung bedürfen, — Stoffe, die wie das Casein durch den Magensaft allein in zur Aufnahme ins Blut geeignete Albuminose umgesetzt, wie der Milchzucker, der schon durch die Magenkapillaren resorbirt oder im Darmkanal seinen weitern Metamorphosen zugeführt werden kann, — wie die Butter, die durch die Galle, Pancreas- und den Darmsaft zu einer leicht resorbirbaren feinen Emulsion umwandelt wird, wie endlich das Wasser und die Salze, die einfach von den Magen- und Darmkapillaren endosmotisch aufgenommen werden können. Dieses Gesetz des Hingewiesenseins auf die Milch als Nahrung und speziell auf die der Mutter ist denn auch — nebst der, durch die völlig mangelnde Ortsbewegung, die Unmöglichkeit der Erhaltung der Eigenwärme ohne äusseren Schutz, ausgesprochenen Abhängkeit von

em dritten — in der aus dem Blute der Mutter unmittelbar für
ı Säugling abgesonderten Nahrung unzweideutig ausgesprochen,
wie dieses Gesetz sich auch noch darin geltend macht, dass bei
en Säugethieren die Abhängigkeit des jungen Thieres von der
ıtter im geraden Verhältniss zur Entwicklung seiner Kau- und
ɜrdauungswerkzeuge steht.

bb) Im zweiten Abschnitt der ersten Kindheit, d. i.
m Beginn der Dentition (um die Hälfte des ersten Lebensjahres)
zum Vorhandensein von zwölf Zähnen (um die Zeit des fünf-
ınten Monats). In diesem Zeitraum gehn in dem Kauapparat
ıwandlungen vor sich, welche für die dadurch gesetzte Beziehung
Nahrung, ebenso charakteristisch als massgebend sind. Abge-
en von den 12 Zähnen, die in diesem Zeitraum allmälig durch-
chen und durch welche den Kiefern eine viel grössere mecha-
che Gewalt verliehen wird, so sind die Veränderungen, die in
ı übrigen Verhältnissen des Kauapparats Platz greifen, so bedeu-
d, dass das Wachsthum und die Entwicklung, die in den betref-
den Theilen von der Geburt beginnend, bis zum vollendeten
ten Lebensjahre zu Stande kommen, diejenigen überwiegen,
lche später in der ganzen Zeit vom Beginne des zweiten Jahres
zum vollendeten siebenten eintreten. Während nämlich nach
ırdach (Physiologie 3. Bd. S. 259—60) der Umfang des Zahn-
hlenrands von der Zeit der Geburt bis zum 1. Lebensjahre am
ɔerkiefer von 30 auf 40, am Unterkiefer von 25 auf 35 Linien
ɜigt, schreitet das Wachsthum vom 1. bis 7. Lebensjahre am
ɔerkiefer nur auf 42, am Unterkiefer nur auf 37 Linien. Ebenso
ächst der Zahnhöhlenbogen an Höhe von der Geburt bis zum
ıde des 1. Lebensjahres von 4 auf 6 Linien, vom 1. bis 7. Lebens-
hre am Unterkiefer nur auf 8, am Oberkiefer auf 10 Linien.
ɔenso wächst die Länge des Unterkiefers von der Ecke bis zum
nne gemessen, im 1. Lebensjahr von 15 auf 21 Linien, in den
genden 6 Jahren nur auf 23 Linien. In demselben Verhältniss
ıreitet auch die Geräumigkeit der Mundhöhle bis zum 1. Lebens-
ıre viel rascher vor, als in den folgenden 6 Jahren und es ver-
fen sich ebenso die Schläfengrube und die vordem sehr flache
ɜlenkgrube des Unterkiefergelenks, es wölbt sich allmälig auch
ɜhr und mehr der Jochfortsatz, es nehmen die Kaumuskeln an
ısse und Energie zu, und gleichen Schritts mit diesem allem,
twickeln sich, was wir hier nur beiläufig erwähnen, auch die
eicheldrüsen.

Ueberblickt man den eben gezeigten Gang der Entwikelung
Kauapparate des Kindes in dem genannten Zeitraum, um einen
hluss auf die darin begründete Beziehung zur Nahrung zu ziehen,
ergibt sich, dass im Vergleich zum frühern Abschnitt, die Fähig-
it zum Kauen zwar um ein Bedeutendes zugenommen, dass aber

nichtsdestoweniger der Akt des K
kommener sei. Und dies um so me
Abschnitt steht, umsoweniger, je m
der ersten Kindheit nähert. Dies
Zahl der Zähne und der immerhin
sondern hauptsächlich, weil die T
Muskelthätigkeit und namentlich
erst durch längere Uebung sich ver
die Leistung der Kauwerkzeuge i
noch als eine unvollkommene aner
Art der Nahrungsmittel, die den
werden kann, nur eine solche sein
fähigkeit angemessen ist, und di
wicklung des Verdauungskanals,
eine dem Stande der Entwicklung
proportionale ist. Wenn wir daher
jetzt aufgehört hat, ein einfacher
zu sein, in diesem Lebensabschnitt
sige sondern schon konsistentere N
wenn wir ihm ferner, bei der le
drüsen und der durch den Kauakt
lung, nun auch schon solche Nahru
Verdauung, wie die der Amylace
wird, so können diese offenbar nur
vom Speichel schwer durchdringb
nicht zu trocken sind und eine
Durchfeuchtung fordern, sondern
feuchteten Zustande; — es müsse
Amylacea zermalmt oder zerweic
Kochen zerstört sein, ihr Quantum
tität des abgesonderten Speichels
und dies umsomehr, als bei der no
gung, der geringern Entwicklung
und dem noch geringern Längend
Momente für ein längeres Verweile
noch nicht gegeben sind. Ebenso
auch Fleisch, das etwa in diesem
in einem höchst verkleinerten, von
baren Zustande, dargeboten werd

cc) Dritter Abschnitt
findet sich denn, durch die imme
wicklung der Kaumuskeln und
Entwicklung des Kauapparats, vor
Kindheit, d. i. dem der Zeit sich
zum Beginne der zweiten

›Nahrungsmittel zu zerkleinern, trockene besser einzuspeicheln gt sind und wo sofort die Kinder mit Vorliebe die gewonnene urch Uebung gesteigerte Kraft des Kauapparats an trockenen, Nahrungsmitteln versuchen, und wo ihnen dann auch Brod, ›h und andere Nahrungsmittel, auch in unverkleinertem und enen Zustande, gewährt werden können.

ie anatomischen und Entwicklungsverhältnisse des kindlichen Darmkanals.

Wir fassen hier, der Kürze wegen, die drei Abschnitte der ›n Kindheit zusammen. Vergleichende Gewichtsbestimmungen Mundspeicheldrüsen, die ich in dieser Beziehung bei Kindern iesen verschiedenen Lebensabschnitten vornahm, lehrten: dass, ırend beim Kinde von vier Wochen das Gewicht beider Ohrcheldrüsen 34 Gran betrug, dieses beim Kinde mit 15 Monaten 80 Gran steigt und beim Kinde von zwei Jahren schon 120 ın beträgt. In ihrer Struktur sind sie, je näher der Geburt um weniger entwickelt, beim Kinde der ersten Lebensmonate dünn, l von mehr röthlicher Farbe. Was die Absonderung betrifft, so sie im ersten Lebensjahre, besonders in dessen erster Hälfte nflüssiger und sowohl wegen ihrer geringen Entwicklung nach ;uktur und Masse, als auch noch besonders durch die geringe ıregung ihrer Thätigkeit von Seite der unvollkommenen Kauwerkuge einerseits, sowie durch den Wegfall mechanischer und chemiher Reizmittel, welche die indifferente Milchnahrung im Gegentze zur Nahrung des Erwachsenen darbietet, anderseits, eine sehr ıarsame. Der Wegfall der bezeichneten Reizmittel ist hier wichtig; ›nn wenn auch Cl. Bernard wie ihm dies Frerichs nachweist, ıit Unrecht behauptet, dass beim Verschlucken flüssiger Dinge, ı sogar beim Kauen feuchter Speisen gar kein Speichel abgesonert werde, so ist es doch gewiss, dass mechanische und chemische leize, wie sie die Nahrungsmittel der Erwachsenen darbieten, von ›edeutendem Einfluss auf die Vermehrung der Absonderung desselben owie auch auf die Vermehrung des Sekrets der traubenförmigen Drüschen der Wangen, der Zunge, des harten und weichen Gaumens sind, was nicht unwichtig ist, soferne nicht der reine Speichel, sondern der mit dem Sekret dieser gemischte Speichel, die kräftigere Umsetzung der Amylacea bedingt. Noch ein Umstand kommt bei der Speichelabsonderung der Kinder in Betracht und dies ist die Reflexwirkung, vermittelst welcher, durch die Gegenwart von Reizmitteln, die die Magenschleimhaut treffen, rückwirkend die Speichelsekretion vermehrt wird. Bringt man einem Hunde durch eine Fistelöffnung Speisen oder Kochsalz in den Magen, so kommt der Speichel in gesteigerter Menge aus dem Munde des Thieres. Bei Kindern, so lange noch Milch allein ihre Nahrung

ausmacht, fehlt der Reiz, welcher reflektorisch von der Magenschleimhaut aus die Speicheldrüsen zu vermehrter Thätigkeit anregen könnte. Alle die eben hervorgehobenen Verhältnisse kommen zunächst dem ersten Abschnitt der ersten Kindheit zu. Mit der fortschreitenden Entwicklung der Kauwerkzeuge jedoch geht nun sodann auch die Entwicklung der Speicheldrüsen parallel vorwärts, ihre Struktur wird vollkommener, ihre Masse nimmt zu, der abgesonderte Speichel ist weniger dünnflüssig und es vermehrt sich gleichen Schritts seine Quantität, welche sofort, bei den nun gegebenen kräftigern Kaubewegungen, jene innigere Einspeichelung ermöglicht, von welcher die kräftigere Verdauung der Amylacea abhängt. Was endlich das Verhalten des Kinderspeichels in Rücksicht seiner Wirkung auf die Umsetzung des Amylums in Zucker betrifft, so muss diese Wirkung, wenn auch von gewichtigsten Physiologen wie Bidder und Schmidt bezweifelt, dem Kinderspeichel, ähnlich wie dem des Erwachsenen, vindizirt werden. Ich habe in Gegenwart der Herrn Drn. Kolisch und Schwarz in einer der hiesigen Säuglingsbewahranstalten bei Kindern von wenigen Wochen bis zu einigen Monaten, reines Stärkmehl im Innern eines Sauglappens in den vorher sorgfältig gereinigten Mund gebracht und bei allen ohne Unterschied, bei den Einen in zwei, bei den andern in fünf, bei anderen endlich erst in zehn Minuten, und zwar ohne Beziehung zum Alter des Säuglings, fand sich unter Anwendung der Trommer-schen Probe die Gegenwart von Zucker.

Wenn man nun aus dem dargestellten Verhalten der Speicheldrüsen in den drei Abschnitten der ersten Kindheit, auf die Beziehung schliessen will, die sich aus demselben für die Nahrung des Kindes ergibt, so gelangt man zu Folgendem: Auf den ersten Blick möchte es scheinen, als würde, bei der dem Kinde zukommenden Eigenschaft des Speichels, Amylum in Zucker umzuwandeln, dem Säugling der ersten Lebensmonate oder gar den der ersten Lebenswochen, eine amylumhältige Nahrung entsprechen. Es wäre diess indess ein höchst einseitiger Schluss, indem jene Fähigkeit des Kinderspeichels nur eine der Bedingungen für die Umsetzung des Amylums in Zucker darstellt, und diese Umsetzung, soll sie ergiebig oder zureichend zu Stande kommen, nur bei dem Gegebensein sämmtlicher übrigen Bedingungen eintritt. Diese aber sind, nebst einer genügenden Quantität des Speichels, die Möglichkeit seiner innigeren Durchdringung mit den genossenen Amylaceis, seine genügend lange Einwirkung auf diese im Munde sowohl als im Magen und Darmkanal. Diese Umstände aber sind es eben, die bei dem Kinde des ersten und zum Theil auch des zweiten Abschnitts der ersten Kindheit mangeln oder ungenügend vorhanden sind. Gibt man einem Säugling Amylacea in mehr weniger flüssigem Zustande, so werden diese, keiner Durchfeuchtung durch den

el bedürfend und keine Kaubewegungen anregend, die Mund- in dem kürzesten Zeitmass durchlaufen und sofort höchstens Theil jener unbedeutenden Schichte des Speichels mit sich len, der etwa an den Wänden der Mundhöhle haftet. Es iese Speichelmenge eine um so unbeträchtlichere sein, als lche flüssige Nahrung, (meist mit Milch oder Suppe bereitet) mechanisch noch chemisch die Speichelabsonderung anregt. wenn später noch Speichel durch Verschlucken in den Magen en sollte (was bei Kindern im ersten Lebensjahre wohl kaum bachten ist, da derselbe vielmehr aus dem meist offenen stetig abfliesst), so kann seine Einwirkung auf die Amylacea en keine sehr ausgiebige sein, da, bei der Mangelhaftigkeit des etc. kein längeres Verweilen in demselben und sofort keine Einwirkung des Speichels auf seinen Inhalt möglich ist, ch die Gegenwart des Magensaftes auf die umsetzende Wir- es Speichels beschränkend einwirkt. Gibt man wieder einem ieses Alters stärkmehlhaltige Nahrungsmittel in konsistentem le, so stellt sich die Sache noch ungünstiger dar.

echanisch zwar wird durch den Reiz der kompakteren , sowie durch die, wenn auch unvollkommen, angeregten vegungen und das etwas längere Verweilen derselben in ndhöhle, die Quantität des Speichels etwas vermehrt und ıt auch eine etwas grössere Menge desselben verschluckt ; es wird aber dafür bei der grössern Konsistenz der ge- n Masse, die jetzt um so nothwendigere innige Durchdrin- erselben vom Speichel hintangehalten werden, es wird ns die oberflächlichste Schichte der Masse mit dem Speichel ihrung kommen, und es wird endlich im Magen auch der elangte Speichel dieselbe nicht innig durchdringen, weil kmehlhältigen Stoffe, (besonders mit Milch bereitet) ein mit dem Coagalum des Käsestoffs zusammengeballtes ıerat bilden, das vom Speichel, trotz dem längern Auf- im Magen, nicht allseitig durchdrungen werden kann. Die en, die bei solcher abnormen Amylumverdauung, die ichliche Folge sind, wie: abnorme Säurebildung, Dyspepsie, her Magen- und Darmkatarrh, künstliche frühzeitige Aus- eines Magenblindsackes, Magen und Blinddarmerweichung / zu bekannt, um ihre Genese aus der vorzeitigen Ernäh- ; Amylum hier des Näheren zu beleuchten.

ch wollen wir rücksichtlich der unter diesen Umständen ein- ı Säurebildung die Ansicht von Clarus (Jena'sche Annalen, Bd., 2. Hft.), der wir vollkommen beipflichten, namhaft der die festen Käsegerinnsel nicht als Folge der abnor- rebildung, sondern als die Ursache der Letztern ansieht, mit Recht diesen Coagulis, namentlich wenn sie mit

Amylaceis zusammengeballt im Magen lange verweilen, einen mechanischen Reiz zuschreibt, der die Absonderung der Magensäure vermehrt und wo sofort diese, unfähig das feste Conglomerat zu durchdringen, die Magenschleimhaut reizt. Es geht aus Allem über die Beziehung der kindlichen Speicheldrüsen zur Nahrung Gesagten, das Corollar für die Ernährung des Kindes hervor: dass Amylacea im ersten Abschnitt der ersten Kindheit gar nicht, im zweiten Abschnitt (bei dem Vorhandensein einiger Zähne) nur in kleinen Mengen und in verdünntem halbflüssigen Zustande, und im dritten Abschnitte erst in grösserer Menge und dichterer Konsistenz gereicht werden können.

c) Die anatomischen und Entwicklungsverhältnisse des kindlichen Magens*).

Aus den in der Note angedeuteten Zusammenstellungen dürfte über die Entwicklungsverhältnisse des Magens in der ersten Kindheit, Folgendes aufgestellt werden: Die bedeutendsten Veränderungen, die, parallel dem fortschreitenden Alter, am Magen des Kindes zu Stande kommen, betreffen zunächst seine Form, Grösse oder Kapazität. Der Rauminhalt des Magens schwankt zwar in den ersten Lebenswochen, im Verhältniss zur Gesammtentwicklung und dem Umstande, ob das Kind während des Lebens reichlich oder ungenügend genährt ward, oder gar, wie in Krankheiten, einer lange dauernden Nahrungsentziehung ausgesetzt war. So bewegte sich die mittlere Schwankung bei Kindern der ersten 4 Lebenswochen, zwischen 51 und 65 C. Ctr. Bei einem gut genährten 80 Tage alten $8^1/_4$ Pfd. wägenden, an Meningitis gestorbenen Mädchen betrug der Rauminhalt ausnahmsweise 103 C. Ctr., während bei einem 17 Tage alten, magern an *Gangraena oris* gestorbenen Knaben, der 3 Pfd. 22 Loth wog, derselbe nur 40 C. Ctr, betrug. Indess ist,

*) Die hier anzuführenden Dimensions- und Gewichtsverhältnisse des Magens und übrigen Verdauungskanals, so wie der anderen Organe, gründen sich auf die Untersuchung von zehn Leichen Neugeborener und Säuglinge im Alter von 8—10 Tagen, zu welchen mir durch die Güte des Herrn Dr. Schuller, damaligem Secundararzt im Findelhause, Gelegenheit gegeben ward, und bei welcher dieser, so wie Herr Dr. Kolisch, Assistent am 1. Kinder-Krankeninstitute, mich freundlichst unterstützten. Ich entwarf, behufs des Vergleichs der genannten Verhältnisse, eine Tabelle, in welcher nebst dem Alter, Geschlecht, dem Ernährungs- und Entwicklungsverhältnisse folgende Daten aufgenommen wurden: Gesammtgewicht des Körpers, Gesammtlänge, Gewicht der Mundspeicheldrüsen und des Pancreas, Capacität des Magens, Umfang des Fundus, Länge des Darmkanals, Grösse des Coecums, Kaliberunterschied der dicken und dünnen Gedärme, endlich Gewicht der Leber und Milz. Durch die Güte des Herrn Doctors Gelmo, Secundararzt im Wiedner Kinderspital, wurden mir, behufs anzustellender Vergleiche, dieselben Daten von Kindern im Alter von 1 bis zu 2 Jahren zu Gebote gestellt.

nan die Maxima in den drei Abschnitten der ersten Kindheit
'ergleich nimmt, eine auffallende Zunahme der Kapazität
:bar. Das Maximum in den ersten Lebenswochen zu 65 C. Ctr.
is zum 15. Lebensmonate auf 106, bis zum 2. Lebensjahr
) C. Ctr. Welchen Einfluss auf diese Zunahme der Kapazität,
ıen von der altersgemässen Entwicklung, die Aufnahme von
ıg als solche hat, ergibt sich auch aus Messungen, die Günz
Leichnam des Menschen in seinen physischen Veränderun-
ach Beobachtungen und Versuchen", Leipzig 1827) angibt.
hm nimmt der Magen des Neugebornen, der, vor der Nah-
ufnahme, in seiner grössten Breite 1 Zoll 6 Linien mass,
derselben auf 1 Zoll 10 Linien, — seine Höhe, von einer
;ur zur andern, von 6 auf 9 Linien und sein Durchmesser
rne nach hinten von 3 auf 9 Linien zu, und es rücken die
Magenmündungen von 8 auf 6 Linien zusammen. Gleichen
s mit dieser Zunahme der Dimensionsverhältnisse geht auch
ränderung der Lage und Form vor sich. Mit der allmäligen
dung der Curvaturen, verliert sich nach und nach seine ko-
Gestalt und die perpendikuläre Richtung geht allgemach in
rizontale über. So auch wird die anfänglich dünne Muskel-
te des Magens dicker, dichter und damit faltet sich auch die
glatte, sammtähnliche Schleimhaut und es gewinnt die früher
tige, unregelmässige, leicht in ihr Gegentheil umschlagende
ltische Bewegung, eine immer grössere Energie und Aus-
Die wichtigste Veränderung betrifft den Magenblindsack.
ınd dieser beim Neugebornen und Säugling der ersten Le-
ochen und Monate nur schwach angedeutet ist, tritt derselbe
eiten Abschnitte der ersten Kindheit schon charakteristischer
, ohne jedoch die Ausbildung zu erreichen, die dem Kinde
tten Abschnitte dieser Periode zukommt. Die Grössenbe-
ıngen des Fundus sind indess mit grosser Vorsicht vorzu-
n, indem die Entwicklung desselben von der Art der dem
ng und dem Kinde des zweiten Abschnittes der ersten Kind-
ereichten Nahrung bedeutend influenzirt wird, und demge-
ein Säugling von wenigen Monaten, der mit rohen, schwer-
ılichen Nahrungsmitteln genährt wird, künstlich und vor-
— durch ungebührlich langes Verweilen der Contenta im
, durch abnorme Ausdehnung des Magens, durch vorzeitige
ngung seiner Muskulatur, durch Setzung von chronischem
katarrh etc. — eine künstliche Ausdehnung des Fundus er-
kann, die normalmässig kaum bei einem Kinde am Ende
eiten Abschnittes der ersten Kindheit vorkommt. Wir unter-
es darum Messungen namhaft zu machen, weil sie von mir
it Rücksicht auf die während des Lebens stattgehabte Art
ırung vorgenommen wurden.

Die geschilderten anatomischen und En zwingen zu folgenden Schlüssen über die in zeichnung des Kindes zur Nahrung. Die ger für das Kind des ersten Abschnittes, offenb kleine Mengen, diese aber wegen der geschil kurzen Verweilens, in kürzern Zeiträumen schwache und dünne Muskelschichte — nur s kern und nachhaltigeren Muskelaktion bedü ihres raschern Uebertritts in die untere Abthei (wo die Residuen der Magenverdauung ihrer phose entgegen gehen sollen) leicht weitergesch die geringe Ausdehnung des Magenblindsackes gen Ausbildung des Pansen der Wiederkäuer gungsperiode des jungen Thieres — verbietet nur durch ein längeres Verweilen im Magen längere Einwirkung des Magensafts und Speichel können. Erst im zweiten Abschnitte der ersten mehr im dritten, wo mit der grössern Leistungs werkzeuge und der grössern Thätigkeit der Sp die Kapazität des Magens zugenommen, der Mag ausgebildet ist und die Kontraktionen des Mage Ausdauer gewonnen, kann einerseits die Quantit zu reichenden Nahrung eine entsprechend grössere, seits die Konsistenz derselben eine stärkere sein, mente sowohl für ein längeres Verweilen derselb auch für eine sofortig nachhaltigere Einwirkung säfte gegeben sind. Es werden aber auch wegen di eines längern Verweilens der Contenta im Magen, des Kindes in dieser Zeit seltener sein müssen, al Zeit, wo die konische Form, die geringe Kapazi Muskelkraft und die geringe Ausbildung des Fundus Verweilen der Nahrung gestatteten und das Kind Nahrungsaufnahmen anwiesen. Die Nachtheile die ein wenn dem Kinde in einem frühern Abschnitte der er eine Nahrung gereicht wird, die erst in einem späte die bezeichneten anatomischen Verhältnisse sie erm den wir weiter unten im Kapitel der Physiologie Verdauung berühren.

d) Die anatomischen und Entwicklungsverh kindlichen Darmkanals.

Zunächst den Längendurchmesser des Darmka zeigen sich nach vergleichenden Messungen dessel schiedenen Abschnitten der ersten Kindheit, keine ters-Differenzen, wie wir sie rücksichtlich der mit

aehmenden Kapazität des Magens gefunden haben. Es zeigt sich nämlich beim Kinde der ersten Lebenswochen ein Längendurchmesser, welcher, von seinen Schwankungen und Ausnahmen abgesehen, dem des zweiten Abschnitts der ersten Kindheit gleichkommt und selbst übertrifft. Während nämlich bei Kindern innerhalb der ersten 4 Lebenswochen der Längendurchmesser zwischen 287 und 465 Ctmr. schwankt, zeigte sich bei einem Kinde von 1 Jahr eine Länge von 430, bei einem Kinde von 15 Monaten eine Länge von nur 432, und selbst bei einem 2 Jahre alten, nur eine Länge von 492 Ctmr. Diese mit den Altersdifferenzen in Widerspruch erscheinenden Längenverhältnisse mögen zum Theil ihre Erklärung darin finden, dass die drei letztgenannten Messungen eben nur vereinzelte gewesen, die demnach ebensogut die Minima der Länge des Darmkanals der betreffenden Alter vorstellen könnten, während bei den Messungen in den ersten 4 Lebenswochen, 10 Kinder die Grundlage bilden, bei welchen daher die individuellen Längendifferenzen in Rechnung kommen müssen. Wir müssen also die genauern Bestimmungen über die, mit dem Alter, der Gesammtentwicklung, der Entwicklung der Kauwerkzeuge und des Magens präsumtiv statthabende Längenzunahme des Darmkanals, auf sich beruhen lassen, bis eine gewonnene grössere Zahl von Messungen an Kindern jeder der drei Abschnitte der ersten Kindheit dies gestatten wird. Dass hierbei übrigens, ebenso wie bei den Bestimmungen der Kapazitätszunahme des Magens, die Art der während des Lebens gereichten Nahrung mit in Rechnung zu bringen sein würde, versteht sich von selbst. So viel scheint jedoch schon jetzt angenommen werden zu dürfen, dass die Längenzunahme bis zum Ende des ersten Lebensjahres keine beträchtliche sei, was übrigens mit der Art der diesem Alter entsprechenden, wenig konsistenten, mehr flüssigen, grösstentheils thierischen und sofort wegen ihrer leichtern Verdaulichkeit keines allzulangen Verweilens im Darmkanale bedürfenden Nahrung übereinstimmt. Es entspricht dies auch der Norm im Thierreiche, der gemäss die auf thierische Nahrung angewiesenen Säugethiere einen ungleich kürzern Darmkanal haben, als die auf Pflanzennahrung hingewiesenen. Es scheint darum auch die Zunahme der Länge des Darmkanals erst in den zweiten und noch mehr in den dritten Abschnitt der ersten Kindheit zu fallen, wo eben die pflanzliche Nahrung des Kindes eine immer reichlichere wird. Dasselbe gilt von dem Weitenunterschiede der dünnen und dicken Gedärme, der ebenfalls höchst unbeträchtlich im ersten Abschnitte, auch in den zwei folgenden nur noch wenig und allmälig hervortritt. Auffallender dafür ist die Weitenzunahme des Coecums, welches Letztere bei Kindern der ersten Lebenswochen kaum angedeutet, bis zum 15. Monate 6 Ctmr. lang und 3 ½ Ctmr. breit — beim 2jährigen Kinde schon

9 Ctmr. lang und 5 Ctmr. breit wi
wieder dem Verhalten des Coecu
entspricht, demzufolge dasselbe v
fressern ungewöhnlich gross, bei Ca
mit gemischter Nahrung, von mi
Das Kind des ersten Abschnitts,
Nahrung angewiesen, hat darum
während es im zweiten und noch
ersten Kindheit eine Grösse erreic
greifenden gemischten Nahrung de
schritte der Entwicklung, die noch f
der ersten Kindheit am Darmkanal
Saugadern, die Gekrösdrüsen und
Durch die kräftigere Entwicklung
tische Bewegung geordneter und lan
geres Verweilen der Residuen der M
eine nachhaltigere Einwirkung des l
Sekrets des Pancreas und die nur sei
In all den dargestellten Entwickl
kanals ist denn auch die Beziehung a
selben zur Nahrung begründet wird.
Einrichtung des Darmkanals auf di
hinaus, die kein längeres Verweilen
arbeitung erheischt, die sonach mit
in der am leichtesten verdaulichen th
stehen hat. Erst im zweiten Abschnit
können, im Hinblick auf die fortschreite
der Gekrösdrüsen, der Darmmuskel
werden, des Pancreas) nebst der thierisc
Konsistenz, in allmälig steigenden Pro
boten werden.

e) Die anatomischen und Entwic
Pancreas, der Milz u

Was zuerst das Pancreas betriff
schnitte der ersten Kindheit eine entsc
wicklung zu beobachten. Während das
Kindern der ersten 4 Lebenswochen zw
$2\frac{1}{2}$ Drachme schwankte, zeigte sich des
ersten Lebensjahres zu $3\frac{1}{2}$ Drachme,
Das Gewicht der Milz bei den Kindern
zeigte grosse Schwankungen, die, wei
nissen bedingt, keinen Werth für den
und desshalb hier nicht weiter angegebe
deutiger ausgesprochen sind die Veränd

vor sich gehen. Die wichtigsten sind die, die unmittelbar nach der Geburt eintreten, und die wie bekannt dadurch bedingt werden, dass durch die nach der Geburt stattfindende Obliteration der Nabelvenen, die Leber $^2/_3$ ihrer früheren Blutmenge nun nicht mehr zugeführt bekommt. Während daher die Leber eines reifen todtgebornen Kindes 5 Unzen ungefähr wiegt, zeigt dieselbe bei Kindern, die am 10. Lebenstage starben, eine Gewichtsabnahme von 7 Drach. Während daher alle übrigen zum Verdauungssystem gehörigen Organe an Grösse zunehmen, bleibt die Leber im Wachsthum zurück, indem dabei die Gallenblase an Umfang zunimmt. Erst gegen den zweiten Abschnitt der ersten Kindheit nimmt sie wieder an Umfang und Gewicht zu, so dass sie bei einem 1jährigen Kinde 10 Unzen, bei einem 2jährigen $10^1/_2$ Unzen wog. — Aus den eben gezeigten Entwicklungsverhältnissen des Pancreas und der Leber ergibt sich, dass die Bedingungen einer energischen Darmverdauung erst im zweiten Abschnitt der ersten Kindheit beginnen, dass in dieser Zeit erst Kohlehydrate oder Fettbildner gereicht werden können, indem wenn sie in dem Magen ihre Umsetzung in Zucker nicht vollständig gefunden, hier im Darmkanal diese ihre Umsetzung finden, und dass ebenso auch fettreichere Nahrung jetzt gereicht werden kann, weil durch die jetzt reichlichere Absonderung von Pancreassaft und Galle die emulsionsartige feine Vertheilung der Fette behufs ihrer Resorption durch die Darmzotten in grösserem Massstabe ermöglicht wird.

B.

Die Eigenthümlichkeit der kindlichen Verdauungsvorgänge.

(Skizze der Physiologie der kindlichen Verdauung.)

Eine Physiologie der kindlichen Verdauung, selbst in dürftigster Skizze, ist bei der völlig mangelnden Special-Untersuchung über die Vorgänge der kindlichen Verdauung kaum zu geben. Wir besitzen keine Daten weder über die Schnelligkeit der Verdauung und Resorption der einzelnen Bestandtheile der Milch bei Milchnahrung, und hier wieder bei der Ernährung des Kindes durch die Frauen- und Thiermilch, und ebenso wenig über die Verdauung der vegetabilischen Nahrungsmittel, der Amylacea, des Pflanzeneiweisses, des Zuckers etc. beim Kinde. Wir wissen nicht wie viel von allen diesen, im Magen schon, ihre vollständige Verdauung und Resorption erreichen, welche Theile ferner erst in den verschiedenen Abschnitten des Darmkanals, ihre Umsetzung, Lösung und Resorption erfahren. Wir wissen eben so wenig von den quantitativen und qualitativen Verhältnissen der in den kindlichen Verdauungskanal sich ergiessenden Verdauungsflüssigkeiten. Wenn wir daher im Nachstehenden dennoch den Versuch wagen, uns ein Bild der kindlichen Verdauung zu machen, so geschieht diess

lediglich durch Schlüsse der Analogie der Verdauungsvorgänge des Erwachsenen, angewendet auf die Eigenthümlichkeiten, die wir oben über die anatomischen Verhältnisse der kindlichen Verdauungsorgane aufstellten, und wir wagen diess vorzüglich, um durch die dargelegte Mangelhaftigkeit unserer Kenntnisse in dieser Beziehung, die Lücken und die Nothwendigkeit einschlägiger Untersuchungen der Fachmänner anzudeuten. Untersuchungen an plötzlich ohne vorgängige Krankheit verstorbenen Neugebornen und Säuglingen, in Beziehung auf die Metamorphosen des Inhalts der verschiedenen Abschnitte ihres Verdauungskanals, so wie experimentelle Untersuchungen der Verdauungsvorgänge an jungen Säugethieren, vom Standpunkte ihres Vergleichs mit denen an erwachsenen Säugethieren unternommen — und zwar mit verschiedenen Nahrungsmitteln, passenden sowohl als unpassenden, unter besonderer Rücksicht der etwa sich dabei ergebenden Störungen ihrer Verdauung und Ernährung, dürften hier für die Specialkenntniss der kindlichen Verdauung mehr weniger exacte Anhaltspunkte bieten.

Soll nun trotz der angedeuteten Lücken ein Einblick in die Eigenthümlichkeiten der kindlichen Verdauung gewonnen werden, so wird es nothwendig, der Reihe nach die Verdauungsflüssigkeiten in ihrer Wirkung auf die verschiedenen Gruppen der Nahrungsstoffe in den verschiedenen Abschnitten des Darmkanals zu untersuchen. Sonach betrachten wir zuerst:

I.

Die verdauende Wirkung des kindlichen Speichels, die Verdauung der Amylacea und Kohlenhydrate.

Wir haben schon bei der Darstellung der anatomischen und Entwicklungsverhältnisse der kindlichen Speicheldrüsen die Andeutung gegeben, dass dem kindlichen Speichel gleich dem Speichel des Erwachsenen — im Gegensatze zu der Ansicht mancher Physiologen — die Eigenschaft zukomme: Amylum in Dextrin und Zucker umzusetzen. Und zwar haben wir diese Eigenschaft durch die Trommer'sche Probe, selbst für den Speichel der Kinder der ersten Lebenswochen nachgewiesen. Die Umsetzung der Amylacea in Zucker kann, wie dort gezeigt wurde, schon im Munde beginnen, wenn Amylumtheilchen länger im Munde verweilen und mit dem Speichel daselbst inniger in Berührung treten. Allein auch hiebei bleibt es nicht immer stehen, sondern die Umwandlung des Milchzuckers in Milchsäure kann unter pathologischen Verhältnissen schon in der Mundhöhle eintreten — wie dies bei *Soor, Stomatitis crouposa,* bei vernachlässigter Reinigung des Mundes von

anhaftenden und länger daselbst verweilenden Milchresten, bei unpassender amylumhaltiger Nahrung der Säuglinge — unter Mitwirkung einer höheren Temperatur der Mundhöhle und des Zutritts atmosphärischer Luft — zum Vorschein kommt und an der sauren Reaktion der Mundhöhle zu erkennen ist. Diese Kraft des Kinderspeichels, gleich dem des Erwachsenen, Amylum in Zucker und weiterhin in Milchsäure umzusetzen, beginnt nun aber im Magen erst, wo der verschluckte Speichel mit den genossenen Amylaceis in Berührung tritt, ihre eigentliche Wirksamkeit zu entfalten, indem der Magensaft des Kindes ebenso wenig wie beim Erwachsenen dieselbe zu behindern im Stande ist. Das Alkali des Speichels wird zwar durch einen Theil der Magensäure gesättigt; allein dadurch wird eher die Wirkung der Magensäure als die des Speichels beschränkt, wesshalb auch speichelfreier Magensaft kräftiger wirkt als speichelhaltiger. Aus allem dem könnte der Schluss gerechtfertigt erscheinen: dass selbst der Säugling, und zwar ohne Unterschied seines Alters, Amylum verdauen könne. Dies ist aber nur im Allgemeinen richtig, und hier liegt nun eben die Eigenthümlichkeit der kindlichen Speichelverdauung und ihre Differenz von der des Erwachsenen. Da nemlich dem Speichel, nicht nach Art der Contactwirkung, die Kraft zukommt, unabhängig von seiner Quantität, unbegrenzte Mengen Amylum in Zucker umzusetzen, sondern die Menge der letzteren, erstens von der Menge des Speichels, zweitens vom Grade der Durchdringung des Amylums mit dem Speichel und drittens von der Dauer seiner Einwirkung abhängt, so wird dadurch die verdauende Wirkung des Speichels auf das Amylum eine verschwindend kleine. Wie wir nemlich bei der Darstellung der anatomischen Verhältnisse der kindlichen Speicheldrüsen gezeigt, ist erstens die Entwicklung der kindlichen Speicheldrüsen eine sehr geringe und hiedurch an sich schon die Menge des abgesonderten Speichels eine unbedeutende; es ist zweitens durch die Mangelhaftigkeit des kindlichen Kauapparates und den Wegfall der, mechanisch, die Speichelabsonderung bethätigenden Kaubewegung, so wie ferner drittens durch die flüssige Beschaffenheit der den Kindern gereichten Nahrungsmittel und sofort durch den mangelnden mechanischen und chemischen Reiz der letztern und das kürzere Verweilen derselben in der Mundhöhle des Kindes, einerseits, die Menge des den Ingestis des Kindes zugemischten Speichels eine höchst geringe, anderseits seine Durchmengung mit den Ingestis eine sehr unbedeutende. Durch dieses Alles nun wird die kindliche Speichelverdauung gegenüber der des Erwachsenen eine äusserst unkräftige und beschränkte. Rechnet man noch hinzu, dass das Verweilen der Ingesta im Magen bei der Form, Lage und Kleinheit des Magens sowie der geringen Ausbildung seines Fundus eine viel kürzere sei, und der rasche Ueber-

tritt aus dem Magen in das Duodenum — durch die flüssige Beschaffenheit des Mageninhalts, durch die lebhaften und rascheren Zwerchfellbewegungen, sowie durch die, bei der geringen Muskelschichte des Magens, schwächere Action des *Sphincter Pylori*, noch begünstigt wird; — so wird man wohl zu dem Schlusse gedrängt, dass die Verdauung der *Amylacea* im Kinde, eine höchst unvollkommene sei und dass sofort die Darreichung amylumhaltiger Nahrung — namentlich im ersten und zum Theil auch im zweiten Abschnitte der ersten Kindheit — diesem Alter n i c h t entspreche. Wenn nun auch die dem Kinde gereichten Amylacea bei ihrem Uebertritte in das *Duodenum* mit dem Bauchspeichel zusammen treffen, durch welchen, an sich sowohl, als auch weil eine etwaige störende Einwirkung des Magensaftes wegfällt, das Amylum kräftiger in Zucker umgewandelt wird; und wenn ferner auch gegen das Ileum hin, wo der Pankreassaft nicht mehr hinlangt, der Darmsaft für sich, wenn auch schwächer, das Amylum umzusetzen im Stande ist, so sind dadurch die Nachtheile, welche das Amylum bereits im Magen eingeleitet haben konnte, nicht beseitigt und es werden daher im Magen selbst sowohl, als auch weiter hinab, im Duodenum, Jejunum und Ileum, dieselben Nachtheile sich geltend machen können. Im Magen selbst nämlich werden die Amylacea — in noch so fein vertheilter Zubereitung gereicht — sich zusammenballen und theils mit den Caseincoagulis der gereichten Milch, theils ohne diese, einen festen Klumpen bilden, um welchen der Magen nach Aufsaugung des flüssigen Mageninhalts — wie dies bei Experimenten über die Magenverdauung sichtbar ist — sich zusammenzieht und hiedurch die Magenwände sowohl mechanisch, als auch durch die Magensäure, weil diese den dichten Klumpen schwer durchdringen kann, chemisch gereizt werden und solchergestalt alle die Störungen, die man mit dem Begriff Säure der ersten Wege zusammenfasst, mit ihren Folgen: Magen- und Darmcatarrh, Erweichung, Erweiterung des Magens etc. unausbleiblich herbeigeführt werden. Aber nicht blos die solcherweise behinderte Amylumverdauung im Magen kommt hier in Betracht, sondern ebenso die dadurch gesetzte Störung der Verdauung der in den Magen gelangenden Proteinate. Durch den einmal gesetzten Catarrh der Magenschleimhaut nämlich wird vermöge der Schwellung derselben die Resorption der bereits gebildeten Peptone gehindert oder verlangsamt; hiedurch aber werden sie bei ihrem ungebührlich langen Verweilen im Magen und der höhern Temperatur, einerseits selber weitere Zersetzungen eingehen und sofort auch abnorme Umsetzungen der Fermentkörper des Speichels und Magensaftes — wie dies F r e r i c h s bei künstlichen Verdauungsversuchen mit durch an der Luft zersetzten Speichel und Magensaft nachwies — einleiten, anderseits, begünstigt durch die Gegenwart von Fett und Casein,

eine abnorme Milchsäuregährung veranlassen. Die Folgen, die hierauf eintreten müssen, werden, abgesehen von den lokalen — die Magen- und Darmschleimhaut treffenden — sich auch in der Gesammternährung dadurch kund geben, dass die übermässig gebildete Milchsäure die Kalk- und Magnesiasalze, welche den gebildeten Peptonen anhängen und mit ihnen ins Blut treten sollen, auslaugen, sie rasch durch den Harn wegführen und auf solche Weise die Stoffe für die Knochen- und Muskelbildung dem Blute und den Geweben entziehen. Die überreichen Sedimente aus Erdphosphaten und kohlensauren Erden bestehend, die bei solcher Säure der ersten Wege der Kinder im Urin zum Vorschein kommen, beweisen dies und beurkunden ihre Entstehung noch dadurch, dass eben der Verdauungharn und nicht der Morgenharn jene Sedimente enthält. Die eben dargestellte abnorme Amylumverdauung kann manchmal unter günstigen Bedingungen im Magen ausbleiben, wenn die Ingesta theilweise entweder erbrochen oder rasch ins Duodenum geschafft werden. In beiden Fällen aber müssen andere Störungen der Verdauung zu Tage treten. Durch das häufige Erbrechen — was im Allgemeinen bei Säuglingen so gering angeschlagen wird — muss die aus dem Duodenum in den Magen gelangende Galle die Säure des Magensaftes theilweise neutralisiren und dadurch die Umsetzung der Eiweisskörper in Peptone behindern oder beeinträchtigen. Durch den raschen Uebertritt des Amylums in den Dünndarm, wo — wie wir bei Darstellung der anatomischen Verhältnisse des Darmkanals, des Pancreas und Coecums im Kinde gezeigt — ebenfalls die Bedingungen für eine vollständige Umsetzung in Zucker nicht ausreichend gegeben sind, wird leicht abnorme Milch- und Buttersäuregährung zu Stande kommen, welche die bekannten Störungen, abnorme Gasbildung, Kolik, Follikularcatarrh zur Folge hat. Dies um so mehr, als durch die gesteigerte hyperämische Schwellung der Dünndarmschleimhaut die Resorption der aufgelösten Darmcontenta durch die Darmcapillaren und Zotten beeinträchtigt wird. Neben den lokalen Nachtheilen werden die Folgen für die Gesammternährung nicht ausbleiben. Nicht nur dass bei der abnorm vermehrten Secretion des Darmkanals und der beschleunigten peristaltischen Bewegung, die zum Behufe der Lösung der Nahrungsbestandtheile dienenden Verdauungsflüssigkeiten fortgeschafft werden und dadurch theils dem Zweck dieser, theils dem intermediären Stoffwechsel (sofern nach Bidder und Schmidt die grossen Massen der abgesonderten Verdauungsflüssigkeiten, umgewandelt, ins Gefässsystem wieder zurückzukehren bestimmt sind) entzogen werden, sondern auch ein grosser Theil von Amylum, Fett, Eiweiss, Casein und selbst Galle in toto, werden durch die Faeces entleert. — Alle diese Anomalien der Amylumverdauung die wir eben darstellten, betreffen die Amylacea, wenn sie in gehö-

riger Beschaffenheit gereicht werden. Wir brauchen nicht erst zu sagen wie sich da alles steigern wird, wenn dieselben in unzerstörter Cellulose etc. gereicht werden.

Wir enthalten uns eines weiteren Eingehens in die Störungen, die bei der abnormen Amylumverdauung, sowohl den Darmkanal als den Organismus in seiner Gesammtheit treffen, indem die gegebene Darstellung genügen wird, um die Eigenthümlichkeit der Amylumverdauung im Kinde dahin zu bezeichnen: dass dieselbe, trotz der Eigenschaft des kindlichen Speichels, Amylum in Zucker umzusetzen, eine höchst unvollkommene sei, dass sie namentlich im Kinde des ersten Abschnitts der ersten Kindheit eine völlig unzureichende sei, dass hier, selbst die Anwendung der Amylacea in fein vertheiltem Zustande, der Leistungsfähigkeit der kindlichen Verdauungsorgane nicht entsprechen, dass ferner dieselbe auch im zweiten Abschnitte der ersten Kindheit, d. h. selbst bei dem Vorhandensein mehrerer Zähne und dem etwas entwickelten Kauvermögen, in geringen Quantitäten und in feiner Vertheilung, mit völlig zerstörter und so viel möglich beseitigter Cellulose anzuwenden seien, dass sie endlich im dritten Abschnitte erst, nach Quantität und Konsistenz, reichlicher dem Kinde darzureichen seien.

II.

Die verdauende Wirkung des kindlichen Magensaftes — die kindliche Magenverdauung — die Verdauung der Eiweisskörper oder Proteinate im Kinde.

Wie beim Erwachsenen, bildet auch beim Kinde, der Magensaft, das verdauende Princip der eiweisshaltigen Körper. Es beweist dies, dass der Magen des Neugebornen das Casein der Milch, ganz so wie der Magen des Erwachsenen, in Peptone oder Albuminose umwandelt. Der Magensaft des Kindes bewerkstelligt dies trotz dem, dass das Casein der Milch durch seine Wirkung zuerst gerinnt, worauf das Coagulum nicht nur aufgelöst wird, sondern wie alle Peptone gelöst bleibt, alle Gerinnfähigkeit verliert und selbst mit den meisten Metallsalzen keine unlöslichen Verbindungen bildet. Vermöge dieser Löslichkeit eben wird das *Casein-Pepton*, wie alle Peptone, zur Aufnahme in die Circulation geeignet, wo es alsbald wieder, wie schon in den Lymphgefässen, in seinen früheren Zustand d. h. in coagulable eiweissartige Stoffe umgewandelt wird. So weit also kommt im Allgemeinen dem kindlichen Magensafte dieselbe umsetzende oder Peptonebildende Eigenschaft zu, wie dem Magensaft des Erwachsenen. Anders aber stellt sich die Sache dar, wenn man die Wirksamkeit des kindlichen Magensaftes, in seinem Einflusse auf die verschiedenen Arten von Eiweisskörpern, mit der des Erwachsenen vergleicht. Schon gegenüber dem Casein der Milch

ist sein Verhalten ein verschiedenes, je nachdem es das der Frauenmilch oder das der Thiermilch betrifft. Das Casein der Frauenmilch nämlich, das, nach Elsässer, durch den Magensaft in ein lockeres gelatinartiges Coagulum verwandelt wird, wird auch von demselben viel rascher und leichter in Peptone umgesetzt und zur Resorption gebracht, als das Casein der Kuhmilch, welches durch Labsaft zu einem dichten, festen Coagulum sich zusammenballt. Wir haben also hier gleich an dem naturgemässesten und verdaulichsten Eiweisskörper des Kindes, dem Casein der Milch, einen Massstab für die Beurtheilung der Leistungsfähigkeit des kindlichen Magensaftes und sofort der Magenverdauung des Kindes als solche.

Wir sehen nämlich, dass es bei Beurtheilung der Wirksamkeit des kindlichen Magensaftes nicht auf dessen principielle Wirkung als solche, sondern auf andere Nebenumstände ankommt, deren Complex eben die Modifikation der kindlichen Magenverdauung begründet und sie von der des Erwachsenen scharf differenzirt. Diese Umstände, die allesammt in den oben dargestellten Eigenthümlichkeiten der anatomischen Verhältnisse des kindlichen Magens fussen, wollen wir nun näher untersuchen. Zunächst, wie wir eben gesehen, ist es die Consistenz, Cohäsion und Textur oder die Mollekularbeschaffenheit, die leichtere oder schwerere Löslichkeit des dem Magen zugeführten Eiweisskörpers, welche die Wirkung des Magensaftes modificiren. Das Casein der Kuhmilch, das in einen festen Klumpen coagulirt, setzt in diesem Sinne dem allseitigen Eindringen des Magensaftes des Kindes einen grössern Widerstand entgegen; — es werden nur die oberflächlichen Schichten desselben zersetzt, während im Innern noch keine Umwandlung Statt hat; — so wie wieder das lockere Caseincoagulum der Frauenmilch dem Magensaft des Kindes eine leichte Zugänglichkeit bietet und darum schnell gelöst und resorbirt wird. Es ist diess für die kindliche Verdauung ein gewichtiges Moment. Da nämlich nach Bidder, Schmidt und Lehmann niemals alle in den Magen gebrachten Eiweisskörper daselbst gelöst und resorbirt werden (Frerichs nimmt diess an, weil er bei der Milchverdauung das Käsecoagulum im Magen verschwunden fand, während die Butter noch vorhanden war), sondern ein Theil desselben stets in den Darm gelangt, so ist es wichtig, ob sie im gelösten oder ungelösten Zustande dahin gelangen. Im letzten Falle nämlich wird durch die Galle die freie Magensäure neutralisirt und so die lösende Wirkung des Magensaftes aufgehoben, die nur schwach von der lösenden Wirkung des Darmsaftes vertreten werden mag. Nach Steinhäuser zwar werden Stückchen geronnenen Eiweisses, durch eine Darmfistel eingebracht, im Kothe nicht wieder gefunden. Kommt also in den Magen eines Kindes ein schwer löslicher, dem Magensaft nicht leicht zugänglicher, ein längeres Verweilen daselbst

erfordernder Eiweisskörper, so wird er entweder durch sein längeres Verweilen und durch die Sättigung des Magensaftes mit Peptonen die Verdauung der übrigen Theile hemmen, und Zersetzungen mit ihren Folgen, ähnlich denen der abnormen Amylumverdauung herbeiführen, — oder es wird ein grosser Theil derselben ungelöst in den Darm übertreten und, weil er hier nicht leicht gelöst wird, mit den Faeces entleert werden. Daher schon bei der normalen Verdauung der Frauenmilch der Säugling 6 bis 7% des Caseins in den Faeces absetzt, weil diess wahrscheinlich von jenem Theil des Caseins der Milch herrührt, der, als unlöslich, die Hüllen der Milchkügelchen bildet.

Ein zweites Moment für die Modifikation der kindlichen Magenverdauung ist die Menge des auf einmal in den Magen Gebrachten. Da nämlich bestimmte Mengen von Eiweisskörpern nur durch bestimmte Mengen Magensaftes umgesetzt und gelöst werden können, so wird die Menge der aufzunehmenden Proteinate, sei es der Milch oder anderer Eiweisskörper, stets eine jener entsprechende sein müssen. Nach Lehmann können 100 Gramm. frischen Magensafts nur 5 Gramm. Albumin, nach Bidder und Schmitt nur 2 Gramm., verdauen. Bei der geringen Kapacität des Magens — der entsprechend eine geringere Absonderung des Magensaftes parallel geht — kann demnach der Magen die Proteinate, die dem Magensaft zur Umsetzung in Peptone übergeben werden, nur in einem entsprechend geringeren Massstabe umsetzen. Wo nun trotzdem grössere Mengen, sei es käsestoffreicher Milch, sei es anderer Eiweisskörper in den Magen gebracht werden, wird — namentlich durch die Störung, welche die Sättigung der Verdauungsflüssigkeit mit Peptonen auf die Verdauung der noch ungelösten hervorbringt, unter Mitwirkung von Fett und der Temperatur des Magens — eine ähnliche Verdauungsanomalie zu Tage treten, wie wir diess oben bei Einverleibung zu consistenter Eiweisskörper andeuteten. Die jedesmalige Menge hat einen so entschiedenen Einfluss auf das Zeitmass der Magendauung, dass z. B. bei einem Hunde mit Magenfistel sich noch nach zehn Stunden Reste von Fleisch im Magen vorfanden, wenn er auf einmal viel verschlang, während keine Spur davon schon nach zwei Stunden zu finden war, wenn er geringere Quantitäten zu sich nahm; ebenso verschwindet jede Spur des Eiweisses von einem Ei schon nach einer Stunde, während diess nicht Statt findet, wenn dem Hunde das Eiweiss von nur zwei Eiern gegeben war. Diese Störung der Verdauung von allzu grosser Menge mag noch dadurch gesteigert werden, dass das Konzentrationsverhältniss des kindlichen Blutes — auf welchem, gegenüber dem Konzentrationsgrad der verdauten Ingesta, wie wir später zeigen werden, die Resorption der Peptone beruht — durch die allzu reichliche Aufnahme auf einmal, eine geringere werden muss, und so das Gefässsystem

dadurch zur weitern Aufnahme aus dem Magen für den gegebenen nächsten Zeitmoment nicht geeignet ist. Auf diese Weise muss dann wieder ein längeres Verweilen der Contenta mit ihren Folgen zu Stande kommen. Alles diess erklärt die Störungen, die der Säugling erfährt, wenn ihm eine zu käsestoffreiche Milch oder eine durch Wasser nicht verdünnte Kuhmilch, oder gar, wie diess nicht selten geschieht, Ziegenmilch gegeben wird.

Ein drittes Moment für die Beeinträchtigung der Wirkung des kindlichen Magensaftes ist die gleichzeitige Gegenwart anderer Nahrungsstoffe, die mit dem Casein dem Magen zugeführt werden. Schon die Gegenwart einer grösseren Menge Fettes, trotzdem dasselbe die Magensäure gar nicht in Anspruch nimmt und seine Verdauung erst im Dünndarm Statt hat, wirkt, bei einer zu butterreichen Frauen- oder Kuhmilch z. B., hemmend auf die Wirkung des Magensaftes; am auffallendsten aber, wenn neben Eiweisskörpern und Kohlenhydraten grössere Mengen Fett gleichzeitig dem Magen einverleibt werden. Schon mechanisch stört er dessen Wirkung, sofern das Fett, die Eiweisskörper einhüllend, deren Durchdringung durch den Magensaft hindert; chemisch durch leichtes Ranzigwerden, welches, sowie die Entwicklung flüchtiger Fettsäuren, bei der Temperatur des Magens und bei längerem Verweilen eintritt.

Haben wir bis nun die Beeinträchtigung der Wirkung des kindlichen Magensaftes schon bei der dem Säugling an sich so naturgemässen Milch gesehen, wenn die Cohäsionsverhältnisse und die Menge des Caseins und Fettes derselben unpassend sind, so wird das Unzulängliche des kindlichen Magensaftes und der kindlichen Magenverdauung zur Bewältigung jener Eiweisskörper noch mehr hervortreten, die dem Magen des Erwachsenen und auch dem älterer Kinder gereicht und von denselben mit Leichtigkeit bewältigt werden. Ohne uns in eine specielle Aufzählung aller hierher gehörigen Nahrungsmittel einzulassen, bemerken wir zunächst im Allgemeinen: dass je dichter und straffer die histologische Lagerung ihrer Elemente ist, — je stärker ihre Cohäsion — also je schwieriger sie der Magensaft durchdringen kann, — je trockener sie sind und je grösser demnach die Menge des Magensafts sein wird, die sie absorbiren, — je schwerer löslich sie sind, je mehr sie etwa von im Magensaft unlöslichen Hüllen, — also wie das thierische Eiweiss und *Syntonin*, vom *Sarcolemma*, das Pflanzliche von Cellulose - Zellen umschlossen sind, — je weniger diese durch Kochen oder mechanisch zerstört sind, — je fester das Eiweiss durch Kochen coagulirt ist etc.: — um so grösser auch der Widerstand sein wird, den sie der Magenverdauung des Kindes entgegensetzen. Daher fest geronnenes Eiweiss, Fleisch, besonders älterer Thiere, Getreidemehl, Legumin, leimgebende Gewebe etc. im ersten

Abschnitte der ersten Kindheit gar nicht, im zweiten nur zum Theil und in geringer Menge und höchst lockerer Consistenz von dem kindlichem Magensafte bewältigt werden können. Daher auch bei der Anwendung der letztgenannten Nahrungsmittel sich stets in den Faeces der Kinder, weit mehr Residuen finden, als bei Erwachsenen. Die Störungen der Magenverdauung, die wir eben bei allzu reichlichem Caseingehalt der Milch namhaft gemacht, werden demnach in dem Magen des Kindes der Säuglingszeit, bei der Einverleibung der oben aufgezählten Nahrungsmittel, in noch viel grösserem Massstabe und um so unausbleiblicher auftreten.

Wenn wir bisher die Momente kennen gelernt haben, welche die Wirksamkeit der kindlichen Magenverdauung in engere Schranken zwingt und sie als eine von der des Erwachsenen abweichende und modificirte erscheinen liessen, und wenn wir dabei gleichsam darzustellen suchten, was die kindliche Magenverdauung n i c h t leisten kann, so wollen wir jetzt an der Betrachtung der normalen Vorgänge der Verdauung des Kindes, wie sie bei der Ernährung eines gesunden Kindes durch die Milch einer gesunden Mutter Statt hat, dasjenige kennen lernen, was der Magen des Kindes zu leisten im Stande ist. An dieser allein kann der verlässliche Massstab gefunden werden, einerseits für die Leistungsfähigkeit der kindlichen Magenverdauung, anderseits für die Anforderungen an die Beschaffenheit der Nahrungsmittel, die demselben in dieser Zeit gereicht werden sollen. Die Natur hat nämlich in der Milch der Mutter eine Mischung von Nahrungsstoffen bereitet, in welcher eben allen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Magens: seiner Kapazität, der Menge seines Magensaftes, der Dauer des Verweilens seiner Contenta und allen anderen Momenten seiner Leistungsfähigkeit, volle Rechnung getragen ist; — eine Mischung, welche, in Rücksicht auf die Art und Menge der einzelnen Bestandtheile, ihre Consistenz, die Löslichkeit des Coagulums etc. nicht nur eine, der Magenverdauung des Kindes adäquate ist, sondern wo die einzelnen Bestandtheile sich in ihrer Verdauung gegenseitig unterstützen. Das Coagulum des Caseins der Frauenmilch nämlich ist von lockerer Konsistenz und daher von dem Magensaft leicht durchdringbar; durch die Gegenwart einer richtigen Menge Fettes (Butter) wird die Umsetzung in Peptone gefördert, die bei einer zu reichlichen gestört wird; — die richtige Menge Wassers begünstigt die Lösung der Peptone, wenn diese den Magensaft etwa vollständig gesättigt; endlich durch die richtige Menge des Chlornatrium, das bei richtiger Proportion ein Förderungsmittel, bei zu grosser Menge ein störender Moment der Verdauung ist; — eine Proportion, die beim Erwachsenen durch Willkühr, Gewohnheit etc. höchst variabel ist, während sie bei Kindern eine konstante Grösse bildet. (L e h m a n n sah, dass ein gleiches Eiweissquantum 5 Stunden zu seiner Lösung brauchte, während es bei

Zusatz von 1% Kochsalzlösung in $2^1/_2$ Stunden gelöst war. Endli wird dadurch, dass die Milch beim Säugen nur ein Minimum v Speichel dem Magen zuführt, ein speichelfreier Magensaft gegebe der um so kräftiger auf die Umsetzung des Caseins in Pepto wirken kann. Sonach ist das Schema der Milchverdauung im Mag eines Kindes ein sehr einfaches. Die Milch, in den Magen gelang grinnt; Casein und Butter trennen sich vom Serum. Dieses wi zunächst von den Magencapillaren resorbirt (Tiedemann u Gmelin fanden bei einem Hunde, dessen Pylorus unterbund war, bei Einverleibung eines Schoppen Milch nach 25 Minuten n noch die Hälfte der Flüssigkeit). Nach Aufsaugung des Serun ziehen sich (nach Frerichs) die Magenwandungen um den gero nenen Käsestoff zusammen, der jetzt zunächst an seiner Oberfläc mit dem aus den Pepsindrüsen hervorquellenden Magensaft Berührung kommt und sofort von der Oberfläche gegen die Tief in der Weise in Peptone umgewandelt wird, dass die Milchküge chen ihre gelöste Caseinhülle verlierend, sich allmälig in imm grösseren Fetttropfen sammeln, bis endlich der Käsestoff gar schwindet und das Fett allein übrig bleibt, was etwa nach $2^1/$ Stunden zu Stande kommt. Dabei wird der Milchzucker grösste theils schon im Magen von den Capillaren desselben resorbirt, un es kommt nicht zur Milchsäurebildung, weil unter normalen Ve hältnissen, wie sie hier Statt haben, die freie Säure des Magensafte ihre Entstehung hintanhält. Die Butter gelangt, da weder Mage saft noch Speichel auf ihre Verdauung einfliessen, mit einem The ungelösten Caseins und etwa nicht zur Resorption gelangten Zucker in das Duodenum, um hier ihren weiteren Metamorphosen entgegen zugehen. Die anorganischen Stoffe der Milch endlich werden theil im Serum gelöst, nach einfachen Gesetzen der Diffusion, theil von der Salzsäure des Magensaftes gelöst, theils mit den Peptone verbunden, durch die Magencapillaren resorbirt und nur ein kleine Theil des Eisens, der Erden etc. tritt in das Duodenum über. Damit ist die Magenverdauung beendet. Wir sehen aus diesen Vorgängen dass bei der Verdauung der Milch, sei es der Frauenmilch oder der Thiermilch, durch den Säugling, jede Mitwirkung des Speichels wegfällt, indem die Milch gar keine Stoffe enthält, die durch die Wirkung des Speichels irgend wie influenzirt würden, noch auch derselben bedürften. Es wird hiedurch aber indirect der Beweis gegeben, welche untergeordnete oder vielmehr bedeutungslose Rolle die Natur während der Säuglingsperiode dem Kinderspeichel anwies, und diess um so mehr, als selbst die durchfeuchtende und das Hinabschlingen der Speisen vermittelnde Wirkung, die er beim Erwachsenen hat, bei der flüssigen Nahrung des Kindes wegfällt.

Halten wir nun diese einfachen Vorgänge der Magenverdauung des Kindes mit den oben bei unpassender Nahrung dargestellten

und desshalb von der Norm mehr weniger abweichenden zusammen, so ergibt sich für die Magenverdauung des Kindes das Corollar:

Dass dem Kinde in der Säuglingsperiode, keine andere Nahrung als Milch, und zwar die Mutter- oder Ammenmilch, und in Ermanglung derselben, eine dieser so viel möglich ähnlich zusammengesetzte und ähnlich gemachte Thiermilch entspreche; dass in diesem Abschnitte der Kindheit, die Verdauungsthätigkeit desselben, andere eiweisshältige Nahrungsstoffe und Nahrungsmittel unvollkommen und nur unter Zustandekommen mehr weniger lokaler und allgemeiner Störungen verarbeiten könne; dass im zweiten Abschnitte der ersten Kindheit, nebst der Milch zwar andere Nahrungsmittel, animalische und vegetabilische, aber nur in halbflüssiger Consistenz und geringer Menge bewältiget werden können; — und dass endlich im dritten Abschnitte, die Menge und Consistenz der letzteren, entsprechend der kräftiger werdenden Magenverdauung, eine grössere sein könne.

III.

Die verdauende Wirkung des Bauchspeichels, des Darmsafts und der Galle — Die Verdauung der Fette und der von der Magenverdauung zurückbleibenden und in den Darmkanal gelangenden Proteinate, Kohlenhydrate und Salze im Kinde.

a) Was zuerst die Fette betrifft, so erleiden diese, da sie, wie wir schon oben bei der Darstellung der Verdaung der Milch im Kinde gezeigt, im Magen keinerlei Umwandlung erleiden — soferne Speichel sowohl als Magensaft keinen Einfluss auf dieselben üben — in dem Dünndarm erst jene Veränderung, die sie zur Aufnahme ins Gefässsystem geeignet machen. Diese Veränderung ist nicht chemischer Natur, sondern eine mechanische, indem die Fette einestheils durch die verflüssigende Wirkung der Wärme, andertheils durch die vereinigte Wirkung des Darmsaftes, des Bauchspeichels und der Galle, nur fein vertheilt und emulsionirt werden, um in dieser Form durch die Substanz der Zotten in die Chylusgefässe dringen zu können. Dass dies beim Kinde bei der Ernährung durch Milch vollkommen vor sich geht, beweist die höchst geringe Menge Fetts, die in den Faeces derselben im normalen Zustande zu finden ist. Wo daher bei normaler Zufuhr von Fett in der Nahrung der Kinder die Stühle reichlich Fett enthalten, muss, — da dasselbe nur durch die Galle, den Darmsaft und Bauchspeichel verändert und zur Resorption geschickt gemacht werden kann — in einem der betreffenden Organe oder mehreren derselben ein krankhafter Zustand angenommen werden. Diess um so mehr, als das Fett in der Nahrung des Kindes einen Bestandtheil für die Blut- und Gewebebildung desselben darstellt, der derselben nicht leicht entzogen

werden kann. Nur wo übermässige Mengen Fettes in der Nahrung des Kindes zugeführt werden, ist das Erscheinen gröser Mengen von Fett in den Faeces, ein normales, weil nach Bous. Ingaults Experimenten die Aufnahme von Fett ins Gefässsystem nur eine sehr beschränkte und scharf umgrenzte ist.

b) Was die Umwandlung der Eiweisskörper durch die Darmverdauung betrifft, so dürfte diese, wenn auch im Ganzen der Norm des Erwachsenen folgend, durch die dem kindlichen Darmkanal zukommende Besonderheit, folgende Modifikationen erhalten. Die von dem Magen mit dem Chymus in das Duodenum gelangenden Eiweisskörper sind entweder und zwar zum kleineren Theile gelöst, oder ungelöst. Die gelösten werden hier sofort resorbirt, die ungelösten erfahren, so lange der ihnen beigemischte Magensaft nicht durch das Alkali der Galle etc. neutralisirt ist, so lange also der Darminhalt noch sauer reagirt, eine Umsetzung und Lösung, gleich der im Magen, und werden sofort zur Resorption gebracht. Es geschieht diess jedenfalls in beschränkterem Masstabe, weil die freie Salzsäure alsbald im weiteren Verlaufe des Darmes abnimmt und die sich niederschlagende Galle, die, sowie der Bauchspeichel, keine Wirkung auf die Eiweisskörper haben, die Moleküle der Letztern umhüllt, undurchdringlich und unlöslich macht. In wie weit der Darmsaft nach dem Verschwinden der freien Säure, für sich noch, lösend auf die Eiweisskörper wirken kann, ist durch die Physiologie noch nicht entschieden. Jedenfalls ist sie eine beschränkte und hierin liegt eben ein wichtiges Moment für die Modifikation der Darmverdauung im Kinde. Indem nämlich bei der im Kinde gegebenen raschen peristaltischen Bewegung und der im Ganzen geringern Länge des Darmkanals, die vom Magen in diesen gelangenden Eiweisskörper rascher in die tiefern Parthien des Darmkanals treten, wo der freie Magensaft nicht mehr hingelangt, so wird hiedurch die Darmverdauung des Kindes, in Rücksicht auf die Eiweisskörper, jedenfalls eine viel geringere. Daher schon bei geringerem Magen und Darmkatarrh der Säuglinge, wo das Casein der Milch im Magen zum grössten Theil nicht gelöst wird und ungelöst in den Darm übertritt, dasselbe auch sofort ungelöst bleibt, durch den Darmsaft keine weiteren Metamorphosen erfährt und nun in grösseren Klumpen durch die Faeces entleert wird.

c) Was endlich die Modifikation der Amylumverdauung im Darmkanal des Kindes betrifft, so dürfte die letztere im ersten Abschnitte der ersten Kindheit und zum Theil noch im zweiten — allwo, wie wir oben gesehen, die Bauchspeicheldrüse eine sehr geringe Entwicklung hat, einerseits durch die geringe Absonderung der Letzteren, anderseits durch die beschleunigte Fortschaffung der Darmcontenta, vermöge der dem Kinde zukommenden raschern peristaltischen Bewegung — eine

ungleich beschränktere als beim Erwachsenen sein und mit der oben nachgewiesenen unvollkommenen Amylumverdauung durch den gemischten Mundspeichel im Magen zusammenfallen. Unter solchen Umständen wird auch der Darmsaft keine so kräftige Umsetzung des Amylums vollbringen können, als er dies beim Erwachsenen thut. Wenn daher bei Erwachsenen die stets nur theilweise Verdauung des Amylums im Magen eine mächtige Unterstützung an der Dünndarmverdauung hat, weil der Bauchspeichel und Darmsaft dasselbe viel kräftiger umsetzen, als die in den Magen gelangende Mundflüssigkeit, so erhält dieses unterstützende Moment beim Kinde einen sehr untergeordneten Werth. Dafür aber geschieht es bei Kindern um so leichter, dass bei reichlicher Zufuhr amylumhaltiger Nahrung, ein Theil des in Zucker umgesetzten Amylum — bei der Gegenwart von viel unverdautem Amylum, Fett und Caseinresten im Darmkanal, allwo nicht mehr, wie im Magen, die freie Säure dies hindert, sondern durch die alkalische Reaktion begünstgt wird — eine abnorme Milch- und Buttersäuregährung eingeht, und alle die Folgen, die diese kennzeichnen, zu Tage treten.

Was noch die Verdauung der übrigen Kohlenhydrate betrifft, so werden die löslichen derselben, wie Milchzucker, Rohrzucker, Traubenzucker, grösstentheils schon im Magen, nach einfachen Gesetzen der Diffusion ins Venensystem abgeführt, und nur ein Theil des Milchzuckers und Traubenzuckers wird in dem Dünndarm entweder als solcher, oder zu Milchsäure oder Buttersäure umgesetzt, rascher noch wie der Milchzucker, resorbirt.

d) Was endlich die Veränderung und Aufsaugung der anorganischen Stoffe der Nahrungsmittel im Darmkanal betrifft, so werden die im Magen ungelöst gebliebenen und deshalb mit dem Chymus in den Darm gelangenden Kalksalze und Metalle auch im Darmkanal gelöst und zur Resorption gebracht werden, so lange noch freie Säure in dem letzteren vorkommt. Wo diese aufhört, bleiben sie ungelöst, und gehen mit den Faeces ab.

Ein Rückblick auf die eben dargestellte Darmverdauung des Kindes bietet ein wichtiges Moment einerseits für die Wahl der Nahrungsmittel des Kindes, anderseits für die Frage ihrer Verdaulichkeit als solche. Bei dieser Frage der Verdaulichkeit eines Nahrungsmittels für das Kind, wird es nämlich stets zu erwägen sein, wie viel von demselben durch die Magenverdauung selbst bewältigt, wie viel ferner davon der Darmverdauung zukommen wird. Bringt man daher dem Kinde ein Nahrungsmittel in den Magen, von welchem nicht der grösste Theil schon dort seine Umsetzung und Resorption findet, sondern wo der grössere Theil erst durch die Darmverdauung verarbeitet zu werden hat, so ist es selbstverständlich, dass, bei der nachgewiesenen geringen Leistungsfähigkeit der kindlichenDarmverdauung, ein grosser Theil entweder unbenützt

den Darmkanal durchlaufen, oder über die Gebühr in demselben verweilend, abnorme Zersetzungen mit ihren lokalen und allgemeinen Folgen herbeiführen wird.

IV.

Resorptionsverhältnisse der verdauten Ingesta im kindlichen Verdauungskanale.

Ueber den Ort und die Art der Resorption der gelösten Nahrungsmittel im kindlichen Verdauungskanale besitzen wir keine exacten Daten und selbst die Ansichten über den Ort, wo im Darmkanal der Erwachsenen die gelösten und verdauten Nahrungsstoffe, die Eiweisskörper, Kohlenhydrate, Fette und Salze ins Blut übertreten, sind einander noch widersprechend. Zum Theil ist der Ort der Resorption bereits bei der Schilderung der Verdauungsvorgänge in den einzelnen Abschnitten des kindlichen Verdauungskanals angedeutet worden. Hier wollen wir denn nur noch auf ein Moment der Resorption Gewicht legen, das die Art desselben im Kinde als eine besondere erscheinen lässt. Und diess ist: der besondere Concentrationsgrad des kindlichen Blutes. Nach H. Nasse (Handwörterbuch der Physiologie Band I) ist das mittlere spec. Gewicht des Blutes des Menschen 1055. Beim Neugebornen und auch in der ersten Kindheit ist das Blut dünn und leicht, reich an Wasser und arm an festen Stoffen, wiewohl das Blut der Nabelgefässe nach (Denis) 1075 haben soll. Dies hat nun aber einen Einfluss auf die Modification der kindlichen Aufsaugung im Darmkanal. Da nämlich die Aufsaugung im Darmkanal vorzugsweise dadurch begünstigt wird, dass das Blut im Allgemeinen einen höheren Concentrationsgrad hat, als die verdauten und gelösten Ingesta — wie Liebig zuerst das Gefässsystem in dieser Beziehung ein Pump- und Saugwerk der Resorption genannt hat — und die Grösse und Schnelligkeit der Resorption, alle anderen Bedingungen gleich gedacht, in geradem Verhältnisse zu diesem Concentrationsgrade des Blutes steht, so muss im Kinde — wo die Concentration und das spec. Gewicht des Blutes geringer sind — als beim Erwachsenen, die Resorption etwas langsamer vor sich gehen. Der Widerspruch, den dieser Umstand, gegenüber den rasch sich folgenden Nahrungsaufnahmen des Säuglings, involvirt, scheint aber wieder ausgeglichen zu werden, wenn man die viel wasserreichere also weniger concentrirte Nahrung des Kindes mit der des Erwachsenen vergleicht, wenn man ferner erwägt, dass die Verdauungssekrete, die aus dem dünnflüssigeren Blute des Kindes in den Darmkanal treten, ebenfalls dünnflüssiger sein müssen, als beim Erwachsenen, und dass schliesslich diese letzteren, die verdauten und zum Uebertritt in's Blut bestimmten Ingesta, in grösserem Massstabe wieder verdünnen und auf diesem Wege, gegenüber der geringern Concentra-

tion des kindlichen Blutes eine umsoviel geringere Concentration der verdauten Darmcontenta herstellten. Dies wird um so wahrscheinlicher, wenn man bedenkt, welche ungeheure Quantitäten solcher dünnflüssiger Secrete in den Verdauungskanal treten. Nach Bidder und Schmidts Berechnung betragen die Verdauungsflüssigkeiten, die innerhalb 24 Stunden aus dem Blute in den Verdauungskanal treten, ein Sechstheil des Körpergewichts und sie übersteigen demnach die Quantität des Blutes, das im ganzen Körper enthalten ist; — eine Thatsache, die unbegreiflich wäre, wenn diese Massen von Secreten nicht die Bestimmung hätten, zum Zwecke des intermediären Stoffwechsels, umgewandelt und mit den verdauten Ingestis getränkt, wieder ins Blut zurückzutreten. Die Concentration dieser Flüssigkeit aber ist nach Lehmann 3,1 %, wodurch denn eben jene geringe Concentration der verdauten Ingesta möglich wird, vermöge welcher gegenüber der viel stärkeren des Blutes, die Osmose vom Darmrohr in die Gefässe so ausserordentlich begünstigt wird.

Am Schlusse der hier versuchten Skizze der kindlichen Verdauung angelangt, hätten wir nun noch, zur Charakteristik der Besonderheit derselben, diejenigen Momente einer Betrachtung zu unterziehen, welche von Seiten der Eigenthümlichkeit des Gesammtorganismus des Kindes, auf dieselbe einfliessen. Wir meinen hier namentlich den Einfluss des kindlichen Stoffwechsels, der kindlichen Respiration, seiner Wärmebildung, die geringe Körperbewegung des Kindes, den vorwaltenden Schlaf u. s. w. Allein einestheils haben wir diese Momente im ersten Theil dieser Arbeit, wo wir vom Stoffwechsel des Kindes handelten, bereits berührt, andertheils werden wir in dem letzten Theil dieser Arbeit, wo wir von der speciellen Lehre der Ernährung des Kindes handeln werden, auf sie zurückkommen. So unterlassen wir es denn hier auch alle Corollarien für die Ernährung des Kindes, die sich aus der oben gegebenen Darstellung der Leistungsfähigkeit der Verdauungsvorgänge desselben ergeben haben möchten, speciell namhaft zu machen, weil nämlich hier, gemäss unserer Tendenz, nur die Grundlage zu einer wissenschaftlichen Diätetik, nicht aber diese selbst, schon hier, hingestellt werden sollte. Dies werden wir in einem der nächsten Hefte des Jahrbuches unter Anwendung der hier gewonnenen Grundlagen, in Form einer selbständigen Abhandlung, versuchen. In derselben wollen wir sodann, neben einer Physiologie der kindlichen Nahrungsmittel, das heisst, neben einer speciellen Darstellung der Nahrungsmittel in Rücksicht ihrer Verdaulichkeit durch das Kind, und ihres Nährwerths für dasselbe — die Nahrungsordnung des Kindes der ersten und zweiten Kindheit, mit andern Worten: eine Lehre der Ernährung im Kindesalter — und zwar für Aerzte — aufzustellen suchen.

Analecten.

Ueber die chemischen Bestandtheile der thierischen Milch. Dr. Vernois u. A. Becquerel. (*Gaz. hebd.* 1857. 9). Die Zusammensetzung der thierischen Milch ist wesentlich verschieden nach dem Lande, ja selbst nach den Gegenden eines und desselben Landes, in welchem sie gewonnen wird. Es besteht ein bestimmtes antagonistisches Verhältniss zwischen dem Gehalte der Milch an Casein und an Zucker. In Frankreich unterscheidet man zwischen sogenannten Käsekühen und Butterkühen. Auch die weibliche Milch zeigt bedeutende Unterschiede in ihrem Gehalte an Butter, wesshalb alle Instrumente zur Prüfung der Milch wenig taugen, welche nicht die Bestimmung der Menge der Butter und anderer fester suspendirter Stoffe der Milch zur Grundlage haben. Das beste Mittel zur Prüfung der Milch ist die Bestimmung ihres Wasser- und Zuckergehaltes, und lässt sich auf diese Art für die verschiedenen Thierracen eine entsprechende Skala aufstellen, welche den vorherrschenden Bestandtheil angibt. Die Menge der Nahrung wirkt nicht allein auf die Menge der Milch, sondern auch besonders auf die Bildung von Zucker und Casein. Eine mässige Nahrung scheint mehr die Bildung von Butter und Eiweiss zu begünstigen. (Oest. Ztschrft. f. p. Hlkd. 1857).

Die Wasserresorption der allgemeinen Bedeckungen, von Eichberg. (Vierordt. Archiv. 1856. 4). Auf Vierordt's Veranlassung wurden von E. Versuche über die Wasserresorption der allgemeinen Bedeckungen angestellt und zu diesem Zwecke das Armbad gewählt. Es ergab sich der längst erwiesene Satz, dass die Wasserresorption der Cutis bei höherer Temperatur zunimmt, so dass man annehmen darf, dass durchschnittlich bei höherer Temperatur (in einem die Körperwärme übersteigenden Vollbade) über 200 Grammen Wasser aufgenommen werden können. Die Resorption bei niederer Temperatur ist sehr gering, so dass Manche, obwohl mit Unrecht, eine blosse Imbibition der Epidermis mit Wasser annehmen. Ferner wurde die Beobachtung gemacht, dass in den Vormittagsstunden die Resorption grösser war, als Nachmittag, was nur noch mehr geeignet ist, die bisherige Uebung, vorzugsweise Vormittags Bäder zu gebrauchen und Nachmittags sich derselben zu enthalten, auch vom physiologischen Standpunkte als zweckmässig darzustellen.

Ueber die Zucker-Bildung in der Leber, und ihren Zusammenhang mit der Zucker-Excretion bei Diabetes mellitus stellte Dr. Stokvis in Amsterdam Untersuchungen an, und erhielt folgende Resultate: 1. Es wird in der Leber Zucker (Traubenzucker) gebildet. 2. Die Zuckerbildung in der Leber ist abhängig von der Nahrung, insofern nach längerem Fasten der Zucker komplet aus der Leber schwindet. 3. Die Menge des in der Leber sich vorfindenden Zuckers ist abhängig von der Art der Nahrungsmittel, indem bei ausschliesslicher Fettnahrung die Menge des Zuckers bedeutend verringert, und bei gemischter Nahrung derselbe viel bedeutender ist, als bei ausschliesslicher Fleischnahrung. 4. Die Menge des in der Leber sich vorfindenden Zuckers ist abhängig von der Digestionsperiode, indem sie 2 — 4 Stunden nach der Mahlzeit ihr Maximum erreicht *(Bernard)*. 5. Das Verhältniss des Blutumlaufs in der Leber zu der Zuckerbildung ist bis jetzt noch ganz unbekannt. 6. Es ist bisher noch nicht erwiesen, dass die Nerven irgend einen bestimmten Einfluss auf die Zuckerbildung in der Leber ausüben. 7. Die Zuckerbildung in der Leber hängt mit der Gallenbereitung innig zusammen. 8. Der in

der Leber gebildete Zucker ist ein Nebenprodukt der mannigfachen Umsetzungen, welche die Eiweisskörper in der Leber erfahren. —

Den Zusammenhang zwischen der Zuckerbildung in der Leber und der Zuckerexcretion bei *Diabetes mellitus* stellt Vf. folgender Massen dar: Die ganze Menge des bei *Diabet. mell.* excernirten Zuckers kommt mittelbar oder unmittelbar aus der Leber her, und die Umstände, unter welchen die Zuckerexcretion beim *Diab. mell.* vermehrt oder vermindert wird und ihr Maximum erreicht, stimmen ganz genau mit denjenigen Umständen überein, unter welchen die Zuckerbildung in der Leber dieselben Schwankungen erfährt. Die Leber der Diabetiker enthält eine bedeutendere Menge Zucker, als bei Gesunden, und ist meistens stark hyperaemisch und vergrössert. (Wiener Med. Wochenschrift N. 14, 15, 1857).

Zur Anatomie der fœtalen Kreislaufsorgane. Prof. Langer. (Ztschrft. d. k. k. Gesellschaft d. Aerzte zu Wien 1857, 5.) Entsprechend der grösseren Arbeit, welche der rechte Ventrikel im Fœtus gegenüber dem Erwachsenen zu leisten hat, indem er nebst dem Lungenkreislauf auch noch grösstentheils die Circulation in der untern Körperhälfte und der Plazenta zu besorgen hat, müssen die Wandungen des rechten Ventrikels an Dicke zunehmen. Den Beobachtungen zufolge, welche Prof. L. an fœtalen Herzen verschiedenen Alters machte, kommt schon bei 2 ½ monatlichen Früchten die Dicke der Wandungen des rechten Ventrikels jener des linken Ventrikels gleich; auch beim Herzen des Neugebornen, welches noch ganz den fœtalen Charakter an sich trägt, ist die Wandung der rechten Kammer ebenso dick als die der linken. Namentlich unterscheiden das reichere und kräftiger entwickelte Balkengewebe der innern Oberfläche, die stärkeren Papillar-Muskeln das rechte Herz des Neugebornen von dem des Erwachsenen. Dieses fœtale Verhältniss der Herzmuskulatur beginnt seine Involution mit der Geburt, und vollendet dieselbe binnen wenigen Tagen. L. weist auf die Schwierigkeiten hin, den Vorgang dieser Involution näher zu charakterisiren, uud beschäftigt sich vielmehr mit der im Causalnexus stehenden Involution des *Ductus arterios. Botalli* dessen Structurs-Verhältnisse und Entwicklung näher untersucht werden. Abweichend von dem Baue der Aorta und Art. pulmon. fand L. die Structur des *Duct. art. Botalli* darin, dass in demselben elastisches Fasergewebe gar nicht zur Entwicklung kommt. Die Dicke seiner Wandungen beim Neugebornen, welche die der Aorta und Pulmonalis übertrifft, wird hauptsächlich durch die zahlreichen die *Tunica media* durchsetzenden Kernstränge, und durch eine mächtige Kernwucherung an der innern Oberfläche des Ganges bedingt. Das Kaliber des Ganges ist beim Neugebornen beiläufig von der Grösse eines Pulmonalarterien-Astes: seine Wände aber sind nachgiebiger, dehnbarer als die der Aorta und Pulmonal-Arterie. In den ersten 3 Tagen nach der Geburt ist eine Veränderung am botallischen Gange noch nicht bemerkbar; aber am 9. Tage hat die Wulstung der Wandungen schon eine merkliche Verengerung desselben bewirkt, und bis zum 14. Tage hat sich bereits eine Strictur in der Mitte des Ganges gebildet, welche von nun an weiter, namentlich gegen die Pulmon. Arterie vorschreitet, und einen für eine Nadel durchgängigen gegen die Aorta hin sich trichterförmig erweiternden Kanal einschliesst. Vom 3. Lebensmonate an sieht man Bindegewebsfasern, zwischen welchen einzelne elastische Fasern vorkommen, die mit der Adventitia der Aorta und Pulmonalis in Verbindung stehen; dabei schrumpft die äussere Peripherie des Ganges bis zur Dicke einer Rabenfederspule herab, und wird derselbe zugleich kürzer. Einen feinen Kanal konnte L. stets noch im *Ligament. arterios.* junger Leute finden, und scheint derselbe meist durchs ganze Leben fort zu bestehen. — Auffallend schien dem Vf., dass schon bei einige Tage alten Kindern trotz der Wegsamkeit des Arterienganges die Injectionsmasse nur mit Mühe hindurch-

zubringen war, und es ist allerdings möglich, dass die ringförmige Wulstung der Wandung nach Art einer Klappe wirkt. — Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die Involution des Arterienganges nicht erst durch die Geburt eingeleitet wird, sondern schon in der primitiven Anlage des Ganges begründet ist, wie diess auch von den Nabelarterien nachgewiesen werden kann. Die Involution des Arterienganges schreitet gleichmässig mit der Verdünnung der rechten Herzkammer fort, bis zum 9. — 14. Tag, wo letztere ihre volle Involution erreicht hat. Die geänderten mechanischen Kreislaufsverhältnisse, die Einleitung der Respiration, Abschliessung des Plazentarkreislaufes etc. fördern die Involution des Arterienganges, welche ohnehin durch die eigenthümlichen Structurverhältnisse desselben eingeleitet ist.

Hermaphroditismus lateralis, von Prof. Meyer. (*Virch. Arch.* 1857). An einem neugebornen Kinde wurde folgende interessante Missbildung von *Hermaphroditismus lateralis* beobachtet. Die äusseren Geschlechtstheile boten das Ansehen eines hochgradigen Hypospaden; die vordere Hälfte des Hodensacks war zugleich mit der Harnröhre eingeschlossen, die hintere Hälfte war durch eine Raphe geschlossen; zwischen dem gespaltenen Hodensacke war ein rudimentärer Penis mit Eichel und Vorhaut vorhanden. Wenn man die Harnröhre in ihrem geschlossenen Theile verfolgte, bis zur *pars prostatica*, so fand man dieselbe von einer kleinen Prostata umgeben, und im Innern den *Colliculus seminalis* so wie die Ausführungsgänge der Vorsteherdrüse. Auf der Höhe des *Colliculus seminalis* waren 2 grössere Oeffnungen, welche an die *Ductus ejaculatorii* erinnerten. Durch die linke dieser Oeffnungen gelangte man in eine Vagina, welche sammt einem Uterus auf der hintern Blasenwand lag. An die oberen Winkel des Uterus war beiderseits eine Tuba angeheftet, wovon die linksseitige eine Endhydatide besass. Auf der rechten Seite lag unterhalb der Tuba ein Ovarium und zwischen beiden der Nebeneierstock, in dem linken Labium sass ein Hode mit einem Ausführungsgange, welcher sich bis zum linken oberen Winkel des Uterus verfolgen liess, aber nur im Anfange eine Höhle enthielt, und später solid war. — Der vorliegende Grad der Entwicklung der Geschlechtstheile ist jedenfalls sehr auffallend, und ist der Fall aufzufassen als eine Missbildung männlicher Geschlechtstheile mit einseitigem Vorkommen eines Ovarium statt eines Hoden. —

Intussusception bei einem ganz jungen Kinde. In der Lond. med. Gesellschaft mitgetheilt von H. Ryan. (Journ. f. Kinderhlkd. 1857. 5. 6.) Der Fall betraf ein 4 Monat altes Kind, welches bis dahin ganz gesund, plötzlich mit den heftigsten Leibschmerzen erkrankte und nach 2 Tagen starb, nachdem kurz vor dem Tode Kotherbrechen und Blutung aus dem Mastdarme stattgefunden hatten. Bei der Necropsie fand man den dünnen Darm sehr ausgedehnt durch Gas und Flüssigkeit. Das absteigende Colon, die Sigmoidalkrümmung und der Mastdarm waren verengert, blass und leer. Ein Band des Bauchfells erstreckte sich straff von der grossen Krümmung des Magens bis zum Querkolon und umschnürte dasselbe, ähnlich einer Ligatur. Ein grosser Theil des Querkolons, so wie der Anfang des absteigenden Kolons waren mit harter Masse gefüllt, und es fand sich hier eine partielle, etwa $\frac{1}{2}$'' tiefe Invagination; ferner war der Blinddarm mit dem aufsteigenden Kolon ganz hineingeschoben in das Querkolon, der Wurmfortsatz war ebenfalls bis zur Hälfte nach Innen geschoben, und alle diese eingeschobenen Darmpartien waren dunkel, derb und dick und hatten Aehnlichkeit mit einer festgeronnenen Blutmasse. Bei der Eröffnung der invaginirten Portion fand sich auch die untere Portion des Dünndarms in dieselbe eingeschoben. Es war also eine doppelte Invagination vorhanden, nämlich 1) eine Einschiebung des Dünn-

darmes in das Kolon und 2) eine Einschiebung des letzteren in das q
und absteigende Kolon. — Hunt bemerkte bei dieser Gelegenheit,
bei einem 14 monatlichen Kinde eine Intussusception durch sehr kräf
Wasserklystire gehoben worden sei, das Anwenden von Abführmittel
in solchen Fällen verwerflich.

Defecter Magen. Von Mörschell. (Oester. Ztschrift f. Kindl
1857. 7.) Von einer Mutter, welche bereits 5mal gesunde Kinder ge
ren hatte und während der Schwangerschaft sich vollkommen w
befunden hatte, wurde ein starkes Kind männlichen Geschlechtes leb
geboren. Ungeachtet dasselbe kräftig saugte und reichliche Nahr
erhielt, traten bald gefahrdrohende Erscheinungen, Schwächerwer
der Stimme, mühsames, ächzendes Athmen, Erstickungsanfälle auf,
trotz der dagegen eingeleiteten Behandlung starb das Kind 22 Stun
nach der Geburt. Bei der Necropsie fand man in der Bauchhöhle die
dem Kinde genossene Muttermilch, so wie den Chamillen- und Eibis
thee, welcher demselben gereicht worden war; das Bauchfell war i
cirt, die ganze vordere Wand des Magens fehlte; die St
wo die Speiseröhre in den Magen tritt, und der Pylorus war norm
die Rückwand des Magens vollständig, die Muskelhaut glatt, und
dieser entsprechende innere Schleimhaut gleichfalls normal aussehen
der Uebergang der ersteren in die zweite war ähnlich dem Aussel
der Schleimhaut des Afters am Uebergange in die äussere Haut;
ganze Darmkanal war normal, und im Rectum noch einiges Meconiu

Das Incubationsstadium der Masern. Von Dr. Kersche
steiner in München. (Bayer. Aerztl. Intelligbl. Nr. 9.) Das Incub
tionsstadium der Masern wurde von verschiedenen Autoren sehr v
schieden angenommen, so dass die Differenz 3 — 21 Tage beträgt.
stellte nun Versuche darüber in der Weise an, dass er in Familie
wo er zu einem Masernkranken gerufen ward, sich den Tag der Eru
tion des Exanthems notirte und von da ab die Tage bis zur Erupti
des Exanthems bei dem oder den Zweiterkrankten derselben Fami
zählte. In 37 Familien trat die 2. Erkrankung 34mal zwischen dem 1
— 12. Tage ein, 1mal am 8., 1mal am 14., 1mal am 15. Tage. Demna
wäre der fast regelmässig 10 — 12 Tage während Eruptionszwische
raum als Norm für das Incubationsstadium der Masern anzunehmen.

Uebertragung von Aphthenpilzen auf weibliche Brus warzen. Dr. Küchenmeister. (Wchbltt. d. Z. d. G. d. Aerzte
Wien 1857. 26.) Vf. erwähnt einen Fall, wo an den wunden Brus
warzen einer Säugenden, nachdem das Kind Aphthen im Munde b
kommen hatte, sich dieselben gleichfalls entwickelten, und noch 8 Tag
lang nach dem Entwöhnen des Kindes fortwuchsen, bis sie unter le
haftem Jucken, und unter Abstossung der bekannten Aphthenfetze
oder zusammengerollten Häutchen heilten. — Bei dieser Gelegenhe
wirft Vf. die Frage auf: „Was sind Aphthenpilze überhaupt?
Unter den als Aphthen bekannten Gebilden werden neben einande
gewöhnlich 2 Formen von Pilzen gefunden, eine wirkliche Sporangie
und Sporen bildende und eine nur Coccidien bildende. Die letztere Forr
stellt dasjenige dar, was man gewöhnlich *Oidium albicans* nennt un
jedenfalls nichts ist, als am Boden hinlaufende, in die Epithel- und
Schleimmassen verfilzte und von ihnen bedeckte, nicht an die Luf
getretene und also in ihrer Fruktification verkümmerte Pilzelemente
Welcher reifen Hyphomycetenart diese Entwicklungsstufe, die wir bein
Soor Oidium nennen, angehören, lässt Vf. noch unbestimmt. Wenn auch
gewöhnlich 2 Pilzformen in den Aphthenmembranen zu finden sind,
so kommt es doch auch vor, dass, wie bei Hofmann's Bienenpilzen,
nur die verkümmerte Oidiumform gesehen wird. Demnach hält es Vf.

für schwierig, bei den gewöhnlichen Aphthen die mannigfaltigen Oidiumformen auf ihre typische Form zurückzuführen. —

Cysticerci im Gehirne von Kindern. (*Gaz. des Hôpitaux* — W. M. Wochschrft. *Revue* 6. 1857). 1. Ein skrophulöses, sechsjähriges Mädchen erkrankte unter den Erscheinungen eines typhösen Fiebers. Die typhösen Erscheinungen liessen nach Ablauf der ersten 14 Tage nach, dagegen dauerten Diarrhöe und Erbrechen galliger Stoffe in unbesiegbarer Weise fort. Gegen das Ende der Krankheit zu schwanden die Anfangs sehr häufig gewesenen nächtlichen Delirien und in den letzten Stunden liess weder eine Störung der Intelligenz, noch des Bewegungs- und Gefühlsvermögens ein Gehirnleiden voraussetzen, auf das nur das anhaltende Erbrechen hinzuweisen schien. Die Autopsie zeigte einige geringfügige Reste typhöser Vorgänge im Darmkanal, Meningitis, Vereiterung an der Gehirnoberfläche und zwei Blasenschwanzwürmer unter der Arachnoidea. Die eigentliche Gehirnsubstanz war normal. — 2. Ein 10jähriges, ebenfalls skrophulöses Mädchen war rechtsseitig mit hochgradiger Chorea, links mit Verminderung der Sensibilität befallen. Beide Erscheinungen traten plötzlich zurück, als das Kind an dem Scharlach erkrankte; die scarlatinöse Eruption ging regelmässig vor sich; nach 6 Tagen trat die Abschuppung ein. Zugleich mit dem Exanthem hatte sich *Angina tonsillaris* ausgebildet; an beiden Tonsillen kam es zur Geschwürsbildung, welche ziemlich glücklich durch täglich 3mal vorgenommene Betünchung mit Glycerin bekämpft wurde. Das Kind schien hergestellt zu sein, als plötzlich Albuminurie auftrat. Trotz der Anwendung von warmen Bädern und der Einwicklung der Kranken in Wolldecken hörten Fieber und Albuminurie nicht auf, obwohl der Eiweissgehalt im Urin am 5. Tage nach dem Beginne der Albuminurie bedeutend vermindert war. Am selben Tage und ohne besondere Vorbothen wurde das Kind von heftigem Herzklopfen und grosser Angst befallen, die Lippen wurden cyanotisch, das Gesicht roth, turgescirend, und nach 15 Minuten trat der Tod ein. Bei der Autopsie fand man: Hyperaemie der Nieren, Vermehrung ihres Gewichtes, Hydrothorax, Spulwürmer in den Gedärmen, und 2 Blasenschwanzwürmer in der hintern Partie der rechtsseitigen Gehirnhemisphäre. —

Ueber Entzündung der Hirnsinus bei Otitis interna. (*Virchow. Arch.* 3.) Prof. Lebert macht auf die häufig lebensgefährlichen Folgen von vernachlässigter Otorrhoea aufmerksam, und liefert den Nachweis, dass in der Phlebitis der Gehirnsinus das Mittelglied zwischen der *Otitis interna* und der eiterigen Entzündung des Gehirns und seiner Häute liegt. Häufig findet sich die eiterige Entzündung der dem Felsenbeine nächstliegenden Venensinus bei Entzündung und Caries des Felsenbeines, breitet sich von da auf die *Vena jugularis* aus, und ruft die cerebralen, typhoiden und pyämischen Erscheinungen hervor, wie man sie im Verlaufe der *Otitis interna* nicht selten beobachtet, und ist die Ursache der metastatischen Eiterheerde, welche gewöhnlich am Sektionstische gefunden werden. Die spontane Entzündung der Gehirnsinus, ohne vorausgegangene traumatische Einwirkung, ohne eine Ohrenkrankheit ist ungemein selten; fast immer geht sie von entzündeten Nachbarorganen aus, und am häufigsten von der Entzündung des innern Ohres. Vf. schildert nun die anatomischen Erscheinungen dieser Affection, das Entstehen der Caries des Felsenbeines aus der *Otitis interna*, die verschiedenen stattfindenden Desorganisationen im Gehörorgane und seiner Nachbarschaft, das allmälige Uebergreifen der Entzündung auf die *Dura Mater*, und das den Sinus umgebende Zellgewebe, die Entzündung des Sinus selbst, und Absetzung von eiterigem Exsudate auf seiner inneren Fläche, die weitere Ausbreitung der Entzündung

entweder nach den Meningen und dem Gehirne oder nach den Jugularvenen, endlich das Auftreten von Pyaemie und metastatischen Abscessen als weitere Folge. — Die innere Ohrenentzündung ist, wenn man von der traumatischen Form absieht, entweder idiopathisch oder fortgeleitet — bei acuten Exanthemen — oder secundär — bei Typhus — oder dyscrasisch — bei Scrophulose — oder pseudoplastisch — durch Tuberkel oder Polypen der Paukenhöhle bedingt. Die Erscheinungen, welche auf eine Entzündung der Blutleiter hindeuten, sind sehr schwankend. Im Verlaufe eines chronischen Ohrenflusses treten plötzlich Schüttelfröste ein und die Erscheinungen eines typhoiden Fiebers. Der Kopfschmerz ist heftig, aber auf eine Hälfte des Kopfes beschränkt, und wird durch Druck gesteigert, Delirien anfallsweise auftretend; schwankender sind die Zeichen des Gehirndrucks, Schwäche, Lähmungserscheinungen, als die Hyperaesthesie, und später Anaesthesie des N. *quintus*, und die Paralyse des *N. facialis*. Der schwankende Charakter der Krankheit, und der fortdauernde, oder bloss zeitweilige Ausfluss aus dem Ohre müssen die Aufmerksamkeit des Arztes auf Ohr und Gehirn fixiren. Der Verlauf dieser Krankheit ist entweder schnell tödtend — meningitisch mit vorwaltenden Gehirnerscheinungen — oder es treten in der 2. — 3. Woche pyämische Erscheinungen auf, und die Kranken gehen in der 4. — 5. Woche unter pyämischen oder typhoiden *Symptomen* zu Grunde. Die Therapie kann nur in einer sorgfältigen *Prophylaxis*, und bei einer acuten Otitis mit Cerebralerscheinungen in strenger Antiphlogose bestehen. —

Merkwürdiger Rotationskrampf bei einem Knaben. Mitgetheilt von H. Winn in der Londoner mediz. Gesellschaft. (Journ. f. Kinderkrankht. 1857. 5. 6.) Der Fall betraf einen frisch aussehenden Knaben von 9 Jahren, dessen Constitution schwächlich war und der von Kindheit an Krampfanfälle gehabt hat, welche darin bestanden, dass der Körper von links nach rechts gedreht wurde. Diese Drehung dauerte 10 Minuten, und stellte sich nur bei Tage ein. Wurde während des Anfalles die Aufmerksamkeit des Knaben gefesselt, so hörten die Bewegungen durch wenige Sekunden auf. Sass der Knabe, wenn er den Anfall bekam, so sprang er auf und machte die unaufhörliche Drehung, wurde er dabei gewaltsam in der sitzenden Stellung gehalten, so erfolgte ein Schwanken und Wogen des Körpers von links nach rechts statt der gewöhnlichen Drehungen. In liegender Stellung gehalten, drehte sich der Knabe beim Anfalle ebenfalls von links nach rechts, losgelassen rollte er sich auf dem Boden von links nach rechts. Als W. den Knaben zuerst sah, litt derselbe an Kopfschmerz, Katarrh und gastrischer Störung. Blasenpflaster hinter die Ohren, und ein Abführmittel wurden angeordnet und es trat darauf etwas Besserung ein. Seitdem hat W. den Knaben nicht mehr gesehen. W. glaubt diese eigenthümlichen rotatorischen Krämpfe einer Reizung des kleinen Gehirns und besonders der Schenkel desselben zuzuschreiben. Am Knaben selbst war äusserlich nichts Abnormes zu entdecken.

Ueber Wechselfieber bei kleinen Kindern. Von Dr. Mangold. (Z. f. Nat. u. Heilk. in Ungarn 1857. 4.) Bei kleinen Kindern tritt die Intermittens in Malariagegenden selten mit Frost, Hitze und Schweiss auf, sondern dieselben werden verdriesslich, bekommen Hitze am Kopfe und Bauche, während sich Hände und Füsse eiskalt anfühlen. Diese Symptome werden nur durch Chinin gehoben. Neugeborne erkranken an diesem Wechselfieber, wenn die Mutter in der Schwangerschaft daran litt, oder wenn sie im Frühjahre oder Herbste und bei ungünstiger Witterung zur Taufe getragen werden. —

Das Eczem der Kinder. Von Wilson. (*Press. méd.* B. 1857. 5. u. 6.) Vf. macht auf die besondere Disposition aufmerksam, welche die

früheste Kindheit zum Eczeme zu haben scheint. Es entwickelt sich gewöhnlich gegen Ende des ersten Monats und wird, wenn nicht gleich Anfangs eine energische Behandlung dagegen eingeleitet wird, in der Regel chronisch. Der Ausbruch beginnt meist mit kleinen, starkjuckenden Bläschen, welche auf einem entzündeten Flecke sitzen. Die Bläschen platzen und entleeren eine ichoröse Flüssigkeit in sehr verschiedener Menge. Die Reizung und Congestion vermehrt sich und bewirkt ein rasches Bersten aller vorhandenen Bläschen, wodurch das ursprüngliche Krankheitsbild ein wesentlich verschiedenes, oft kaum erkennbares Aussehen erhält. Das Eczem kommt am gewöhnlichsten am Kopfe und am Gesichte, an der vordern Fläche der Brust, dem Nabel, den Gelenkfalten, und den Genitalien vor. Dabei kratzen sich die Kinder fortwährend, schlafen unruhig, und leiden an Assimilationsstörungen. Bei der Behandlung hält W. hier, wie bei allen übrigen Hautkrankheiten besonders 3 Grundsätze fest: die Elimination des Krankhaften, Wiederherstellung der normalen Blutbeschaffenheit und die Erleichterung der örtlichen Leiden. Zur Erreichung der Elimination gibt W. *Calomel* zu 1 gran; bis eine deutliche Wirkung auf den Darmkanal sichtlich wird (nach W. soll wöchentlich 1 Pulver genügen). Die örtliche Behandlung besteht darin, dass die erkrankten Hautstellen täglich 2mal mit benzoesaurem Zinkoxyd (1 Drachme gelöst in Alcohol 1 Unze) bestrichen und hierauf mit Leinwand bedeckt werden. Dadurch soll die Bildung neuer Krusten vermieden werden. Das Waschen der erkrankten Hautstellen verbietet W. da nach demselben der juckende Schmerz und die Entzündung vermehrt werde. Gegen die zurückbleibende hohe Trockenheit der Haut empfiehlt W. das Glycerin. Zur Erfüllung der dritten Indication, gibt W. eine *Mixtura ferro-arsenicalis*, und zwar Kindern von 1 Monat bis zu 1 Jahre 3mal täglich 2 Tropfen Trae Fowleri mit einem Eisenpräparat in Verbindung: *Rp. Vini ferri, Syrup. tolutan. aa.* ℥ *ß Liq. potass. arsen gtt.* XXX j j. *Aq. aneth.* ℥ j. S. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel mit oder unmittelbar nach der Mahlzeit zu nehmen. Wo Diarrhöe oder Congestion zu den Lungen vorhanden, ist der Arsenik contraindicirt und dafür Calomel angezeigt. Mit diesen Mitteln betrachtet W. die Heilung des Eczems als gesichert.

Ueber Noma. Von Dr. Bierbaum in Dorsten. (Journ. f. Kinderkkht. 1857, 5. 6.). Die eigenen Erfahrungen des Verfassers zusammengehalten mit den über Noma gemachten fremden Beobachtungen veranlassten denselben zu folgenden Schlüssen: 1. Der Wasserkrebs ist von den übrigen Arten des Brandes nur durch die Eigenthümlichkeit der Topik ausgezeichnet; er geht häufiger von der Schleimhaut des Mundes, als von der Dicke der Wange aus, und beginnt bald aus asthenischer Entzündung, bald bildet er sich aus Aphthen oder der ulcerösen Stomatitis heraus; er ist nie idiopathisch, sondern befällt nur Kinder mit geschwächter Constitution und einer gewissen Alteration der Blutmasse, welche bisher noch nicht näher zu bezeichnen ist, am meisten jedoch der skorbutischen Blutmischung nahesteht. Das allgemeine Befinden steht manchmal mit der localen Affection im grellsten Contraste. 2. Was das Verhalten der Gefässe und Nerven beim Noma betrifft, so haben die Untersuchungen gezeigt, dass die Gefässe in den bloss infiltrirten Partien gesund waren, während sie an der Grenze der Gangrän, wenn auch noch permeabel, doch verdickte Wandungen und ein brandiges Aussehen hatten, und endlich mitten in den mortificirten Theilen obliterirt waren. Die an dieser Stelle befindlichen Nerven zeigten ein gangränöses Neurilem, aber unverletztes Nervenmark. 3. Nur die örtlichen Symptome sind charakteristisch, und zwar Anschwellung der Wange und der Lippen, ein centraler harter Kern, ölartiges Aussehen, livide oder marmorirte Röthe der Haut, foetider, aashafter Geruch aus dem Munde, vermehrte und

widrigriechende Speichelsekretion, Aufgetriebensein der Submaxillardrüsen. Die Unterlippe wird öfter vom Noma befallen als die Oberlippe. 4. Unter den verschiedenen, sowohl acuten als chronischen Krankheiten, mit welchen Noma sich complicirt, steht die Lobulärpneumonie an Frequenz obenan. Zuweilen tritt gleichzeitig Gangrän an andern Körper stellen auf. 5. Die differentielle Diagnose des Noma hat dieses von der ulcerösen und pseudomembranösen Stomatitis, der *Pustula maligna*, den gangränösen Aphthen zu unterscheiden. 6. Der Wasserkrebs ist vorzugsweise dem kindlichen Alter eigen, und kommt am häufigsten zwischen dem 3. und 5. Lebensjahre vor; er ist weder contagiös, noch epidemisch auftretend; klimatische Verhältnisse, und besonders Schwäche der Constitution sind von entschiedenem Einflusse auf sein Zustandekommen, am häufigsten folgt er den Masern nach. Unter den vermittelnden Momenten spielt der Merkur eine wichtige Rolle. Selbst eine geringe Quantität dieses Mittels genügt manchmal um Gangrän des Mundes hervorzurufen. 7. Noma ist im Verhältniss zu seiner Frequenz die unheilvollste und zerstörendste Krankheit des Kindesalters, indem der Tod der gewöhnliche Ausgang ist. Stillstehen der Gangrän und Bildung der Demarcationslinie stellen die Genesung in Aussicht. 8. Die Therapie bestehe in einer frühzeitigen, kräftigen Kauterisation der befallenen Theile, welche früher oder später zu wiederholen ist. Zur Begränzung der Gangrän empfehlen sich besonders Schwefel-, Salpeter- oder Salzsäure, und im Falle ihrer ungenügenden Wirksamkeit das Glüheisen. Als Mundwasser und Foment diene Chlorkalk. Innerlich sind tonische und belebende Mittel, und besonders nährende Diät und passende Hygieine angezeigt. Mit Recht sagt Verfasser, dass die innere und äussere Anwendung der Mercurialpraeparate, so wie Blutentziehung und Vesicatore für immer aus der Reihe der Heilmittel gegen die Gangrän des Mundes gestrichen sein sollen, und dass nicht zu erwarten steht, dass uns je ein Mittel geboten werde, welches in der Gangrän des Mundes die Alteration des Organismus eben so schnell und sicher beseitigen könne, als das Chinin die Intermittens.

Behandlung der häutigen Bräune. Von Dr. Luzsinsky. (Oest. Ztschr. f. p. Hlk. 50. 51). Die von L. eingeschlagene Behandlungsweise des Krup besteht: a) in der Darreichung von Alkalien, namentlich des *Kali carbonicum* (zu 1—2 Drachmen täglich); b) in einem grossen, am *Manubrium Sterni* gesetzten Vesicans und in Eiterung-Erhaltung der dadurch gesetzten Wunde; c) in der Darreichung von Opiaten und d) in der Anwendung der Emetica oder des *Lapis infernalis* als Cauterium. Durch diese Therapie will Verfasser sowohl der krankhaften Blutmischung entgegenwirken, als auch der Localisirung der Entzündung im Kehlkopfe vorbeugen, den Krampf des Larynx hintanhalten und die schon gebildeten Pseudomembranen herausbefördern oder zerstören. — Verfasser unterscheidet die Krupkranken je nach der Heftigkeit der Erscheinungen in drei Klassen; in die erste fallen heisere Stimme, rauher, bellender Husten, erschwertes Athmen, mehr oder weniger Fieber und Beständigkeit dieser Symptome, solche Kranke genasen sämmtlich bei oben erwähnter Behandlung. In die zweite Reihe kommen stärkere Heiserkeit, mühsamer, rauher abgestossener Husten, grössere Athemnoth mit nach rückwärts geworfenem Kopfe, Unruhe, Angstgefühl, auch von diesen Fällen kamen $^7/_9$ glücklich davon, und starben nur wenige, wo die Pflege von Seite der Eltern sehr vernachlässigt wurde. In dritte Klasse reiht Verfasser jene Krupkranken, wo der Krankheitsprozess in den Luftwegen, namentlich im Rachen und Kehlkopfe zum höchsten Grade gediehen ist, wo die grösste Athemnoth und Suffocationsgefahr vorhanden, und die Pseudomembranen massen-

haft und oft sichtbar abgelagert sind. Von vier Kranken dieser Art starb Einer 2 Stunden nach Anlegung des Vesicans, die andern drei wurden durch die obenangegebene Behandlung verbunden mit ausgiebigen, oft wiederholten Cauterisationen mit Höllensteinlösung (℈j auf ℥ß *Aq. dest.*) gerettet. Im Ganzen wurden 71 Kranke nach dieser Methode behandelt, darunter genasen 57 und starben 14.

Ueber die Wirkung der Belladonna bei Keuchhusten und Angina. Von Jugmann. (Journ. f. Pharmako. 3. H.) Vf. tritt der Art und Weise entgegen, wie die Wirkung der Belladonna sowohl bei Angina, wie beim Keuchhusten und bei anderen auf katarrhalischer Reizung beruhenden Krampfsymptomen in den nervenreicheren Theilen des Organismus, bei welchen Krankheitszufällen eine mehr oder minder vollständig rhythmische Lähmung in den vasamotorischen vom Sympathicus ausgehenden Nerven der angegriffenen Schleimhaut ein wesentliches Moment ist, bisher erklärt wurde. Nach der Ansicht des Vf. hat man es beim Keuchhusten mit einer sympathischen Nervenlähmung und einer dadurch veranlassten gleichzeitigen cerebrospinalen Nervenreizung zu thun, die durch Reflex zu convulsivischem Krampf führt. Gegen dieses Uebel wirkt die Belladonna und zwar reizend auf die gelähmten vasamotorischen Nervenfäden, hingegen lähmend auf die gereizten und zu convulsivischem Krampf führenden Cerebrospinalnerven. — Gestützt auf die günstige Wirkung der localen Anwendung des schwefelsauren Atropins bei Entzündungen der Conjunctiva, Cornea und Iris etc. macht Vf. den Vorschlag, die Belladonna auch bei Keuchhusten und Angina örtlich anzuwenden, in der Weise, dass man den Schlund mehrmals mit einem in einem *Infusum fol. Belladon.* (10 — 20 gran auf 2 Unzen Col.) getauchten Charpiepinsel bestreicht. —

Die Wurzel des Alisma Plantago gegen Chorea und Epilepsie. Von Hochstetter. (Würtbg. Corrbl. N. 18.) Die Wurzel der genannten, häufig vorkommenden Pflanze wird am besten im Früh- oder Späthjahre gesammelt, und dann sorgfältig getrocknet, von derselben, möglichst frisch gepulvert, erhalten die Kranken bei geregelter Diät Morgens und Abends je 10 Gran bis 1 Theelöffel voll, schnell steigend bis zu täglich 3—4, selbst mehreren Theelöffeln. Eintretende Uebelkeit und Beengung sind gewöhnliche Vorbothen baldiger Besserung. Das Mittel kann selbst kleinen Kindern gegeben werden. Vf. lässt dasselbe Monate lang fortgebrauchen. Aus den mitgetheilten Krankengeschichten lässt sich erkennen, dass diesem Mittel eine gewisse Bedeutung in der Behandlung der Chorea und Epilepsie nicht abgesprochen werden kann. —

Chloroform gegen Chorea. (Société de Médecine des Seine-Departements — W. M. Wochenschr. Journ. Revue Nr. 6. 1857.) Géry, Bouchard und Marotte empfehlen die Chloroforminhalationen gegen den Veitstanz, und wollen auf diese Weise auch in Fällen, wo alle anderen Mittel fruchtlos angewendet worden waren, Besserung erzielt haben. Es versteht sich von selbst, dass die gewöhnlichen Vorsichtsmassregeln strenge beobachtet werden müssen. Als Apparat dient eine dütenförmig zusammengerollte Compresse, deren spitzes Ende abgeschnitten wird. Die entstandene Oeffnung wird durch ein Stückchen Schwamm verstopft, auf welchen das Chloroform geträufelt wird. — In dem von Bouchard mitgetheilten Falle bei einem 14jährigen Mädchen, wo die Convulsionen allgemein waren, und selbst das Sprechen, Fassen, Greifen unmöglich geworden, wurde binnen 14 Tagen 27mal chloroformirt, und jedesmal eine halbe Stunde die Betäubung unterhalten, und damit vollständige Heilung erzielt. Es ist jedoch nicht zu vergessen, dass das Leiden bereits 3 Wochen bestanden hatte, als die eben besprochene Therapie eingeleitet wurde. —

Acidum sulfurosum gegen Tinea favosa. Dr. Gran. (Gaz. méd. de Paris 1856. 7.) Gran behauptet in 10 Fällen die Heilung der Tinea favosa binnen wenigen Tagen dadurch erzielt zu haben, dass er die Dämpfe dieser Säure auf die afficirten Theile leitete. Nach Gr. Ansicht dürfte sich dieses Verfahren auch bei anderen Hautkrankheiten, denen Cryptogamen zu Grunde liegen, wirksam erweisen. —

Brom gegen pseudomembranöse Affectionen. Ozanam. (Gazett. médic. de Paris 1856. 23.) Nach den zahlreichen Erfahrungen des Vf. ist das Brom sowohl für sich, als auch in Verbindung mit Kalium das wirksamste Mittel in allen Affectionen, welche mit Bildung von Pseudomembranen einhergehen. Brom für sich bewirkt nämlich ein moleculäres Zerfallen der pseudomembranösen Gebilde, so, dass, wenn man Pseudomembranen in Bromwasser einlegt, dieselben nach 12 Stunden nicht erweicht, wie beim Einflusse der Alkalien, sondern dergestalt verändert werden, dass sie bei dem Berühren gleichsam staubartig zerfallen und unter dem Mikroscope die Elemente der Pseudomembranen darbiethen. Wenn O. die Pseudomembranen in eine concentrirte Lösung von Bromkalium legte, so zeigte sich die verflüssigende Wirkung des Alkali's gleichzeitig mit der oben geschilderten des Broms. In zahlreichen Fällen, wo verschiedene andere Mittel, namentlich Höllenstein und Salzsäure fruchtlos gebraucht worden waren, sah Vf. von den beiden genannten Präparaten günstige Heilresultate, wie aus den hierüber mitgetheilten 14 Krankheitsfällen hervorgeht. Die Praeparate wurden innerlich von 5 bis 50 Centigr. innerhalb 24 Stunden in einer wässerigen Auflösung gereicht. —

Behandlung wunder Brustwarzen. Von Dr. van Holsbeck. (Press. méd. 1857. 28.) Eine Mischung aus einer halben Drachme Ol. Cadini, einer Drachme Ol. amygd. dulc. und einer Unze Glycerin wird mittelst eines Pinsels aus Dachshaaren auf die Wundstelle (so oft das Kind getrunken hat) aufgestrichen. Die Application ist wenig schmerzhaft und bewirkt bei allen Arten dieser Fissuren, wenn sie nicht von einem constitutionellen Leiden abhängen, schnelle Vernarbung. Das Kind soll nach H. keine Abneigung gegen das Mittel zeigen. —

Collodium gegen Frostbeulen. (Revue médic.) *Rp.* Collod. 30 gramm. Therebinth. venet. 12 gramm. Ol. Ricin. 6 gramm. M. Diese Mischung wird mittelst eines Pinsels aufgetragen und diese Manipulation so oft wiederholt, bis Heilung eingetreten ist. Der Firniss muss aber in einer hinlänglich dicken Schichte aufgetragen werden, um die Berührung der Luft ferne zu halten. —

Ueber die angeborenen Pigmentmäler und deren Beseitigung. Von Chassaignac. (*Union méd. de la Gironde* 1856. XII. Journ. F. Kindkh. 1857. 5. 6.) Die *Naevi materni pigmentosi* d.i. die aus reiner Ablagerung von Farbestoff bestehenden Muttermäler kommen zwar meistens angeboren vor, können jedoch auch später entstehen. Von ihnen verschieden sind die lediglich aus Gefässgeflechten und mit circulirendem Blute gefüllten, erectilen Gefässmäler, oder Teleangiectasien. Ch. nimmt noch eine Zwischenart an, die er Naevi haematoides nennt, und welche in einer Ablagerung von Blutfarbestoff bestehen, welcher ausserhalb der allgemeinen Circulation gekommen ist, und sich in die Haut fixirt hat. Man kann diese Hämatoidflecken von den Gefässmälern, mit denen sie die grösste Aehnlichkeit haben, leicht dadurch unterscheiden, dass letztere beim Fingerdrucke erblassen, während die ersteren unverändert bleiben. Weniger stichhaltig ist der Unterschied, welchen Ch. in dem proportionalen Wachsthum der Pigmentflecke, gegenüber den Gefässmälern erblickt, da man nicht selten auch bei den letztern ein mit dem Wachsthume des Körpers fortschreitendes Vergrössern beobachtet. Diese vollkommen gefahrlosen, aber oft sehr entstellenden Pigmentflecke werden

nach Ch. am besten durch die trockene Cauterisation beseitigt. Man trägt Wiener Aetzpasta auf, lässt sie aber nur ganz kurze Zeit (5—8 Minuten) darauf liegen, bis ein dünner Schorf entstanden ist, wäscht dann die Stelle mit verdünntem Weinessig ab, und trocknet sie; dann legt man ein genau nach der Grösse der kauterisirten Stelle geformtes Stückchen weichen Feuerschwammes auf. Hat man die geätzte Stelle gut getrocknet und den Feuerschwamm aufgelegt, so verbindet er sich mit dem Schorfe so genau, dass er mit ihm zugleich abfällt, und eine ganz geheilte Stelle zurückbleibt. Die zurückbleibende Narbe ist kaum sichtbar. Bei grossen Pigmentflecken muss dieses Verfahren theilweise in Anwendung gebracht werden. Es ist die Frage, ob statt des Feuerschwammes nicht Collodium mit demselben Erfolge angewendet werden könnte. —

Ueber Reflexneurosen nach Verletzungen. Von Dr. Klaatsch, Assist. d. Romberg'schen Poliklinik zu Berlin. (W. Med. Wochschr. 1857. 1. 2.) Wir entnehmen dem unter obigem Titel erschienenen Aufsatze folgende 2 Fälle: I. Ein 8jähriger Knabe wurde sehr heftiger und rasch aufeinander folgender epileptischer Anfälle wegen zur Klinik gebracht. Dem Anfalle ging eine motorische Aura voran. Derselbe begann jedesmal mit Krampf im rechten Facialis, dann wurde der Kopf nach rechts hinüber gezogen, und erst darauf brachen mit Verlust des Bewusstseins die allgemeinen Convulsionen aus. Dieser regelmässige Verlauf der Krämpfe führte auf den Verdacht einer Verletzung, und eine Untersuchung des Kopfes liess auch über dem rechten Scheitelbeine eine harte, einen Zoll lange, 3 — 4 Linien breite, über dem Knochen verschiebbare Narbe entdecken, die spontan nicht schmerzte, gegen Druck aber empfindlich war. Nach Angabe der Eltern rührte die Narbe von einem Falle her, und sei kurz nach der Heilung der Wunde die Epilepsie ausgebrochen. Da nun der ätiologische Zusammenhang zwischen der Narbe und dem Krampfe kaum bezweifelt werden konnte, wurde, um den von der Narbe ausgehenden Reiz zu tilgen, diese kreuzweis durchschnitten, und in die Wunde Erbsen eingelegt. Anfangs wurden die Anfälle seltener, aber heftiger als früher, bald aber kamen sie, ohne an Heftigkeit zu verlieren, in alter Frequenz wieder, so dass der Zustand noch verschlimmert war, dabei zeigte sich rascher Verfall der Geisteskräfte. Nachdem ein ganzes Jahr lang das Fontanell in Eiterung gehalten worden, gab man die Hoffnung auf, auf diesem Wege Besserung zu erreichen, und liess die Wunde zuheilen. Vom Zeitpunkte an, wo sich die Wunde geschlossen hatte, hörten die Anfälle vollständig auf und kamen nicht wieder. Die geistige und körperliche Entwicklung nahm einen erfreulichen Aufschwung, und noch nach zwei Jahren war kein Anfall mehr aufgetreten. — Diess erklärt Vf. folgendermassen: Die Narbe übte einen sensiblen Reiz; dadurch dass die Wunde bei ihrer Heilung Fasern des Quintus eingeschlossen hatte, wurden die Reflexbewegungen im Facialis und Accessorius erregt. Durch die eingelegten Erbsen und die angewendete Pokensalbe wurde ein neuer stärkerer Reiz gesetzt und daher Steigerung der Krämpfe. Bei der zweiten Heilung war durch die lange bestandene Eiterung die Narbe eine andere geworden, schloss nicht mehr in gleicher Weise die sensiblen Fasern ein, und daher hörten mit der Entfernung des Reizes die Krämpfe auf. — II. Ein Knabe von 11 Jahren litt seit Jahren an epileptischen Anfällen, denen eine eigenthümliche Aura voranging. Er bekam ein Gefühl von Glätte und Kälte auf der Zunge, dann schnalzte er mit derselben, die beiden Gesichtshälften zuckten, auch wurden die Augen verdreht. Bald blieb es bei diesen Erscheinungen, bald kam es zum Verluste des Bewusstseins. Die einzelnen Anfälle dauerten kurze Zeit, kamen aber fast jeden Abend. Nach der Aussage der Mutter soll der Knabe 2 Jahre vor dem Ausbruche der Epilepsie an dem eisernen Schwengel eines Brunnens

geleckt, und als er bemerkte, dass sie anfror, die Zunge weggerissen haben, wobei ein Stückchen Haut losgetrennt wurde. Mit blutender Zunge sei er nach Hause gekommen, und die Oberfläche der Zunge sei längere Zeit geschwürig geblieben. Zur Zeit seiner Aufnahme in die Klinik war keine Spur einer Narbe an der Zunge zu entdecken. Da auch hier ein Reflexkrampf, von den sensiblen Fasern des Lingualis ausgehend angenommen werden musste, so wurde die Schleimhaut der Zunge mit Höllenstein bestrichen, und diess wiederholt, so oft das angeätzte Epithel abgestossen war. Nach dem ersten Aetzen trat nur noch einmal ein ganz gelinder Anfall ein. Nachdem 14 Tage lang mit der Behandlung fortgefahren war, wurde mit dem Touchiren ausgesetzt. Da aber 6 Wochen später abermals 2 Anfälle kamen, wurde nun noch jede Woche einmal leise geätzt und erst nach Verlauf eines Jahres damit aufgehört. Nun sind mehrere Jahre verstrichen und der Knabe ist vollkommen gesund. In beiden Fällen war die Epilepsie die chronische Wirkung einer örtlichen Verletzung und ein peripherer Reiz unbedeutender Art der Ausgangspunkt der Krankheit gewesen. In manchen Fällen bestehen einzelne Krämpfe lange Zeit, ehe die Epilepsie ausbricht, und kommen zwischen den einzelnen epilept. Anfällen locale Krämpfe vor, und diess bewegt den Vf. zur Annahme, dass zwischen den Fällen, in denen es bei localen Krämpfen bleibt und denen mit vollständiger Epilepsie nur ein gradweiser Unterschied bestehe; dass also ein solcher localer Krampf unter begünstigenden Umständen Epilepsie nach sich ziehen könne, und dass eine prophylactische Behandlung der Epilepsie sonach schon bei den ersten Spuren eines localen Krampfes beginnen solle, der sich an der Stelle einer Verletzung zeigt. —

Atresia vaginae an einem 2 monatlichen Kinde. Operation. (Union méd. de la Gironde — W. M. Wochenschft. Journ. Revue N. 8. 1857). An einem zweimonatlichen Mädchen wurde eine Geschwulst an der Vulva sichtbar, die beim Schreien, Harnlassen, Stuhlgange etc. zunahm. Pat. war bleich und schwächlich; der Bauch hart und gespannt. Beim Auseinanderziehen der Schamlippen wurde eine kleine, weiche, hemisphärishe Geschwulst sichtbar, die an der ganzen Peripherie der Vagina mit ihrer Basis festzusitzen schien, weisslich, blau, schmerzlos und ein wenig fluktuirend war. Die Diagnose lautete auf Verschliessung des Hymen mit Zurückhaltung einer Flüssigkeit. Es wurde die Punction gemacht, und eine klebrige, eiweissartige, schleimige Flüssigkeit entleert, indem man auf den Bauch des Kindes einen Druck ausübte. Das Einführen einer Charpienwicke verhinderte das Verwachsen der Einstichstelle. —

Einen Fall von **intrauteriner Fractur des linken Humerus und Femur** veröffentlicht Dr. Gustav Braun im Wochenbltt. d. Ztschrft. der k. k. Ges. d. Aerzte zu Wien 1857. 25. Die Mutter des Kindes, eine Erstgebärende, an *Condylomata lata* leidend, wusste sich einer schädlichen Einwirkung während der Schwangerschaft nicht zu erinnern. Der Geburtsverlauf war normal. Das Kind wies ober dem linken Ellbogengelenke und ober dem linken Kniegelenke, beiläufig in der Mitte des Knochens quere Frakturen der genannten Knochen auf, indem an den bezeichneten Stellen grössere Beweglichkeit, Crepitation wahrgenommen, und die einzelnen Bruchenden deutlich gefühlt werden konnten. Das Kind starb nach 4 Tagen in Folge von Icterus und Sclerose des Zellgewebes der untern Körperhälfte. Bei der Section fand man den Humerus und Femur der linken Seite gebrochen, wobei die Bruchenden des Humerus über einander geschoben waren, die des Femur unter einem stumpfen Winkel von einander abstanden. An beiden waren sie von einer dicken, schwieligen Periostkapsel umschlossen, rauh angefressen und besonders jenes des Humerus verdünnt, die Medullarhöhlen nächst der Fractur geschlossen. Da weder fremdartige Stränge an dem Kinde oder um dasselbe

gefunden wurden, da keine Umschlingung der Nabelschnur stattgefunden hatte, so lässt sich nicht bezweifeln, dass beide Knochenbrüche *intrauterin* durch mechanische Einflüsse, und zwar schon mehrere *Wochen vor der* Geburt zu Stande gekommen sind. Dass Knochenbrüche *zur Erklärung* der Entstehung der spontanen Amputationen benützt *werden können*, wird vom Vf. mit Recht bezweifelt. —

Die Verkrümmungen des Fusses. Bernard E. *Brodhurst* (Wochenbltt. d. Z. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte z. Wien *1857. 26.) Unter* 765 Fällen von angebornen Verkrümmungen des Fusses, *welche im Royal orthopaedic hospital* zu London im Jahre 1851 zur Behandlung *kamen, war* P. Varus 688, Valgus 43, Calcaneus 19mal zugegen. *Höchstselten ist der* angeborene Pes equinus. *Pes varus congenitus* kommt nach denselben Erfahrungen fast ebenso häufig an beiden Füssen vor, wie an einem einzigen. Hinsichtlich der Aetiologie der angebornen Verkrümmungen glaubt Vf. dass die Fusswurzelknochen nie primär afficirt, sondern durch Muskelzug um ihre Axe gedreht werden, dann in ihrer Entwicklung zurückbleiben und eine andere Form annehmen. Den Einfluss der Lage des Foetus im Uterus auf die Entstehung der Verkrümmung stellt Vf. gänzlich in Abrede, wohl aber gilt ihm die Irritation des Cerebro-Spinalsystems, oder die Entzündung und Zerstörung einzelner Theile desselben als Ursache der angeborenen Verkrümmungen, welche selbst manchmal eine gewisse Erblichkeit wahrscheinlich machen. — Die erworbenen Verkrümmungen lässt Vf. meistentheils in den Kinderjahren entstehen, und bezeichnet als ihre Ursachen: Paralyse, Krampf, Entzündung, willkührliche Stellung, Schwäche. Die Paralyse tritt oft bei anscheinend gesunden, robusten Kindern auf; Vf. erwähnt hierbei der *myogenic paralysis* als dem Kindesalter eigenthümlich, wobei keine bemerkenswerthe Veränderung der Nervencentra getroffen wird. Vf. sah sie selten vor dem 9. oder nach dem 18. Monat, und deutet sie, wie Bouchut als rheumatisch, da sie häufig nach plötzlicher Erkältung entsteht. Sie tritt meist plötzlich auf, zuweilen geht Hyperaesthesie voraus, und ergreift bald einzelne Muskeln, bald ganze Muskelgruppen. Bei der Therapie des Vf. spielt die Tenotomie eine wichtige Rolle. Dazu benützt Vf. ein $^7/_8$ — $^9/_8$ Zoll langes, $^1/_8$ Zoll breites, gerades Tenotom und durchschneidet die Sehnen in der Regel von der Tiefe gegen die Oberfläche. Nach der Durchschneidung bringt er die Extremität in die Lage, welche sie vor der Operation hatte, und wendet die Extension erst in der 2. und 3. Woche an, wenn die Vereinigung beginnt. Selbst im Kindesalter räth Vf. die Tenotomie vorzunehmen, da sie die mechanische Behandlung im hohen Grade erleichtert, und bezeichnet schon die 4. — 6. Woche nach der Geburt als den geeigneten Zeitpunkt zur Operation. Uebrigens glaubt Vf. dass vielen Verkrümmungen, besonders der auf Paralyse beruhenden, durch Sorgfalt und zeitlichen Gebrauch von mechanischen Vorrichtungen vorgebeugt werden könne. Beim Pes equinus durchschneidet Vf. die Achillessehne allein, beim einfachsten P. varus den *Tibialis antic.* allein oder mit der *Plantar-aponeurose*, beim hochgradigen Varus den *Tibialis postic.* und *Flexor long. digitor. Tibialis antic.* und die Achillessehne, beim *Valgus congenit.* die *Musc. peronei.* Bei diesem wie beim *Varus congenit.* soll die Stellung des Fusses erst zum Equinus zurückgeführt und dann die Achillessehne durchschnitten werden. Beim Calcaneus hält Vf. die Durchschneidung der Flexoren nur selten für nothwendig, da er meist eine Folge von Paralyse der Wadenmuskeln ist. — Die Apparate, welche der Vf. anwendet, sind beim Equinus der Scarpa'sche Schuh, den er beim Varus verwirft, beim Valgus eine dem Scarpa'schen Schuh ähnliche Vorrichtung mit der Feder an der innern Seite, beim Calcaneus der Scarpa'sche Schuh mit einem Rückenstück, beim Varus ein von ihm ersonnener compli-

cirter Apparat, welcher dem bei uns in Anwendung kommenden (von Vogl) nahe kommt. — Bei Lähmungen bedient er sich des Galvanismus; innerlich sah er von *Sulfas Strychnin.* nur momentane Wirkung, besser erwies sich *Sulf. Zinc.* zu 3 — 5 Gran *de die* bei Kindern. —

Behandlung der Hüftkontrakturen. Dr. Hermann Friedberg. (Wochenbl. d. Zeitschr. d. k. k. Gesellschaft d. Aerzte zu Wien. 1857. 14.) Ueber das Zustandekommen der Hüftkontraktur äussert sich F. dass alle schmerzhaften Affektionen des Hüftgelenkes sei es eine Verletzung, Entzündung, oder einer ihrer Ausgänge, die Hüftkontraktur zur Folge haben können. Jene Stellung des Oberschenkels, wobei derselbe mässig gebeugt, abgezogen und nach aussen rotirt erscheint, wird stets von dem Kranken eingenommen, sobald die Bewegung im Hüftgelenke schmerzhaft wird. Der Vf. bezeichnet sie als intermediäre Position, und da sie nach Bruecke dann eintritt, wenn die das Gelenk umgebenden Weichtheile in einem gleichmässigen Spannungsgrade sich befinden, so lässt sich folgern, dass nur bei dem gleichmässigen Spannungsgrade der Weichgebilde die Theile des Gelenkes das am meisten schonende und gesicherte gegenseitige Lagerungsver-
hältniss behaupten. Daher wird vom Vf. der unbewegliche Verband
in der intermediären Position angelegt, in allen Fällen, wo die Bewegung
im Hüftgelenke schmerzhaft wird. Nach 2 — 3 Wochen wird der Verband
abgenommen, und falls die Bewegung im Hüftgelenke noch Schmerzen
verursacht, wieder erneuert. Wo es die Verhältnisse rechtfertigen, den
Kranken im Bette zu halten, wendet Vf. statt des festen Verbandes ein
Planum inclinatum an, welches Oberschenkel und Becken in der bezeich-
neten Stellung erhält. Durch die frühzeitige Anwendung des festen Ver-
bandes oder des *Planum inclinatum* verhütet man am besten jene Hüftkon-
traktur, welche durch eine schmerzhafte Gelenksaffection herbeigeführt
wird. Bei längerem Bestande des Leidens finden schon organische
Veränderungen des Gelenkes und der umgebenden Weichtheile statt, und
es treten die höheren Grade der Hüftkontraktur auf. Auch durch eine
Ernährungsstörung der Glutaeen, sei diese nun selbständig,
oder von einer Erkrankung des Hüftgelenkes ausgegangen, kann es zur
Hüftkontraktur kommen, und diese myopathische Contractur ist es beson-
ders, welche allgemein mit Coxitis verwechselt wird, obwohl das Andrän-
gen des Schenkelkopfes gegen die Pfanne, sowie dessen passive Bewegung,
im Gegensatze zur Coxitis, nicht schmerzhaft sind. Letztere Art von myo-
pathischer Hüftkontraktur heilte Vf. in mehreren Fällen durch die An-
wendung des Inductionsstromes auf die Gesässmuskeln durch einen Zeit-
raum von 2 — 4 Monaten, täglich oder jeden zweiten Tag durch 8 — 12
Minuten, durch Frottiren, und methodisch vorgenommene Bewegungen.
In besonderen Fällen kann die Myotomie und *Brisement forcé* nothwendig
werden. Die in Folge eines *Genu flexum* entstandene myopa-
thische Hüftkontraktur lässt sich nach Beseitigung der Ursache
gewöhnlich leicht heben. Die nach der Amputation des Ober-
schenkels vorkommende myop. Hüftkontraktur verhüte man dadurch,
dass man den Stumpf auf ein *Planum inclinatum* befestigt, welches der
intermediären Position entspricht; dasselbe gilt bei der in Folge von
Nervenaffection entstandenen spastisch-paralitischen Hüft-
kontraktur. — Endlich sind es die in Folge von Narbenbildung in
den Weichtheilen erzeugten Hüftkontrakturen wie sie nach Verletzungen,
Schuss-, Brandwunden, lang dauernden Eczemen und dergleichen vor-
kommen, welche eine allmälige Ausdehnung, subcutane Trennung oder
Excision der Narbenmasse erfordern. Nach der Excision räth Vf. den Ver-
lust stets anaplastisch zu ersetzen, um das Wiederkehren der Narbenkon-

traktur zu verhindern. — Das *Brisement forcé* ist nach dem Rathe zu vermeiden in jenen Fällen von Hüftkontraktur wo die Schenkel durch starke Adhaesionen festgehalten wird, ferner wo in der Chloroform-Anaesthesie nach der Durchschneidung der verkürzten Weichtheile die Streckung noch Schwierigkeiten macht, da bei fortgesetzten Streckversuchen leicht der Schenkelhals fracturirt wird. — In solchen Fällen ist allmälige Streckung angezeigt, und hat diese keinen Erfolg, so ist auf *Ankylosis vera* zu schliessen und von jedem Streckversuche abzustehen.

Beitrag zur Würdigung der Bronchotomie und der sie indicirenden pathologischen Verhältnisse. Prof. Pitha. (Prag. Vierteljhrschr. 1857. 1.) Vf. tritt darin als begeisterter Lobredner der Bronchotomie auf. Indem er zuerst die verschiedenen Momente, durch welche die natürliche Kehlkopfrespiration gehemmt werden kann, unter 3 Rubriken vereinigt, deren erste die Krankheiten des Kehlkopfs, die zweite die den Zugang zum Kehlkopfe beengenden Momente, und die dritte die von Aussen her auf den Kehlkopf und die Luftröhre drückenden Geschwülste begreift, hebt er die Wichtigkeit der Bronchotomie hervor, da durch dieselbe allein einzelne Krankheitsformen, wie z. B. das *Glottis Oedem*, die durch Narben oder Geschwüre bedingten Laryngostenosen an und für sich schon geheilt werden können, bei den Andern aber Zeit gewonnen wird, das eigentliche Heilverfahren einzuschlagen. Letzteres gilt besonders beim *Glottis Oedem*, *Larynx-Croup.*, bei Geschwülsten der Zunge, der Mandeln, der Fauces, und des Kehlkopfs. — Auf das Entschiedenste bekämpft P. bei dieser Gelegenheit die Unentbehrlichkeit der Blutegel, da sie bei leichten Kehlkopfaffectionen ohne Dyspnoe überflüssig sind, in schwereren Fällen aber, wo man mechanische Hindernisse im Kehlkopfe anzunehmen gezwungen ist, nur schädlich sein können, weil meist eine oedematöse Schwellung der Schleimhaut zu Grunde liegt. — Anderseits spricht P. dem *Emeticum*, besonders der *Ipecacuanha* das Wort, da sie auf das Oedem durch die Beförderung einer copiöseren Ausscheidung und durch Behebung des *Spasmus glottidis* wohlthätig wirkt. Wo die Anwendung der *Ipecacuanha* wirkungslos bleibt, hat man ohne Verzug zur Operation zu schreiten. Die Bronchotomie rechtzeitig und kunstgemäss ausgeführt hält P. für eine gefahrlose Operation und beruft sich dabei auf die Erfahrungen von Trousseau und Guersant und die Zusammenstellung von Valleix, nach welchen in Paris durch die Bronchotomie wenigstens ebenso viele croupkranke Kinder gerettet werden, als durch die medicamentöse Behandlung. Wenn auch nicht immer lebensrettend, beseitigt die Bronchotomie doch den drohenden Erstickungstod. P. hatte nur 1mal Gelegenheit diese Operation an einem croupkranken Kinde zu machen; es war ein schwächliches, anaemisches Kind von 8 Jahren, welches plötzlich vom Croup befallen worden war, rasch steigende Suffocationsgefahr — am 4. Tage Tracheotomie — hierauf leichtes freies Athmen durch 20 Stunden — dann allmälig wiederkehrende Dyspnoe und nach 24 Stunden Tod. Die Section wies rechtseitige Pneumonie (welche schon vor der Operation bestanden hatte) und eine übermässige Menge croupösen Exsudates nach, mit welchem der Kehlkopf ganz und gar vollgepfropft war, und das sich von den morgagnischen Ventrikeln durch die Trachea bis tief in die Bronchien hinab fortsetzte, die Trachealschleimhaut in Gestalt einer kontinuirlichen nur an der Operationswunde unterbrochenen röhrenähnlichen Membran auskleidete und an der Theilungsstelle der Bronchen abermals zu einer dicken cylinderförmigen Masse anschwoll, welche den linken Bronchus vollständig, den rechten grösstentheils verstopfte. P. bedauert in diesem Falle nicht nach dem Beispiele von Trousseau und Guersant versucht zu haben, die tiefliegenden Pfröpfe mit feinen Haken auszuziehen, oder die betreffenden Flächen mit concentrirter

lösung behandelt zu haben. — Die gefürchtete Gefährlichkeit der Bronchotomie, welche nach der allgemeinen Ansicht darin liegt, dass sie eine penetrirende Halswunde setzt, ist übertrieben und darf nicht verglichen werden mit den oft so complicirten Verwundungen, welche in selbstmörderischer Absicht beigebracht werden. Auch den Einfluss des kalten, verstärkten Luftstromes nach der Bronchotomie schlägt P. seinen Erfahrungen zu Folge nicht hoch an, und wiederräth eine höhere Temperatur der Luft im Krankenzimmer zu unterhalten. — Nun bespricht P. die Schwierigkeiten der Operation in anatomischer und technischer Rücksicht, und zeigt, wie wenig hinreichend die Uebung derselben am Cadaver ist. Als das zweckmässigste Instrument zur Ausführung der Bronchotomie wird das Bronchotom von Thomson empfohlen, eine pinzetteartige Doppellanzette mit knieförmig gebogenen Branchen, welche mittelst einer Stellschraube auseinander getrieben werden. —

Ueber die Ursachen der Lungenentzündung nach Laryngotomie und Tracheotomie. Prof. Schuh. (W. Med. Wchschr: 1857. 20.) Obwohl ein grosser Vertheidiger der Bronchotomie ist Vf. dennoch überzeugt, dass das Athmen durch die Halswunde nach der künstlichen Eröffnung der Luftwege bisweilen Pneumonie zur Folge habe. Die Gründe dafür liegen in der gewaltigen Veränderung der mechanischen Verhältnisse des Athmens, indem die Lunge dem Drucke und Stosse einer grösseren, schneller und auf kürzerem Wege eindringenden Luftsäule ausgesetzt ist. Es kommen in der That Fälle vor, wo die Kranken sich über zu viel Luft beklagen, und sich behaglicher finden, wenn man die Oeffnung der Kanäle durch Vorkleben eines Klebpflasterstreifens um $\frac{1}{3}$ oder $\frac{1}{2}$ verengert. Bei Menschen, welche in selbstmörderischer Absicht sich Wunden am Kehlkopfe beibringen, tritt nicht selten nach wenigen Tagen Pneumonie auf, wenn nicht der schädliche Einfluss des Luftstromes zweckmässig hintangehalten wird. Mit Recht macht Vf. auf das beinahe constante Auftreten der Pneumonie auf der rechten Seite aufmerksam, weil gerade die rechte Lunge wegen grösserer Weite und Kürze ihres Bronchus der Schädlichkeit des Luftstromes am meisten ausgesetzt ist. Die Frage, ob nach der künstlichen Eröffnung der Luftwege der Pneumonie immer vorgebeugt werden könne? beantwortet Vf. dahin, dass die Kunst durch Regulirung der Dicke der Luftsäule und der Zimmerwärme (die Temperatur des Zimmers sei nicht unter 15 Grad R.) durch rechtzeitige Entfernung der Kanüle in den meisten Fällen, aber nicht immer die Pneumonie verhüten könne, weil der Krankheitszustand oft ein längeres Liegenbleiben der Kanüle erheischt, weil manche Lungen gegen den veränderten Mechanismus der Luftzufuhr äusserst empfindlich sind, und der Kunst bisher kein Apparat zu Gebote steht, welcher das regelmässige durch die Muskelkraft bewirkte Erweitern und Verengern der Glottis zu ersetzen im Stande wäre. —

Eine Veränderung des Lithotoms zur Erleichterung des Steinschnittes. Von Leroy d'Etioles zu Paris. (Press. méd. N. 2.) Vf. hebt die Unentbehrlichkeit des Steinschnittes und dessen Vorzüge bei Kindern hervor, bei sehr grossen Steinen, bei ausserordentlicher Härte derselben, bei einer grossen Zahl der Steine, bei der Einkapselung, bei Hypertrofie der Prostata, bei sehr heftigen Schmerzen oder grossem Verfalle des Kranken. Da es nun für Ungeübtere sehr schwierig ist, namentlich bei kurzem Fingernagel, das Lithotom auf der Steinsonde in die Blase zu bringen, so ersann L. folgende Modification des Lithotomes. An der Spitze eines Lithotomes befindet sich eine kleine verborgene Klinge, die man durch einen gewissen Druck auf eine Feder hervorspringen lassen kann. Dieses kleine Bisturie durchschneidet die Urethra und lässt das Lithotom leichter seinen Weg in die Blase finden. —

Bibliographi

Jahr 1856.

Barthez E. und F. Rilliet. Handbucl
2. Aufl. Aus dem Französischen überti
13. Liefrg. Leipzig. Kollmann. gr. 8. 3 l

Brodhurst B. E. On the nature and tre
analogous distortions involving the tibio·
don. J. Curchill. 8. 4 Sh. 6. d.

Boek W. Die Syphilisation bei Kinderı
Lorck) gr. 8. Geh. 1/2 Thlr.

Friedrich Edmund. Der Abdominaltyp
1856. 8. Verlag von Adler und Dietze.

Gravinck Ludwig Johann, pens. Militärar
liche Behandlung des Stammelns. 2. Ausg
hagen und Sohn. 1856. VIII.

Hagen R. Therapeutisches Taschenbuch
nebst den gebräuchlichsten Heilformeln. 1
16. Geh. 1 1/2 Thlr.

Hennig C. I. Jahresbericht der Polyklinik
Leipzig. Engelmann. gr. 4. Geh. 1/4 Thlr.

Journal für Kinderkrankheiten, von D
Dr. R. Hildebrand. Erlangen. 14. Jahrg

Lauth P. L. J. H. De l'hernie ombilicale cc
chez les enfants et de son traitement par la l
bourg; Impr. de Silbermann. In 4.

Oesterreichische Zeitschrift für Kinderk
herausgegeben unter Mitwirkung des Prof.
ter von Mauthstein, von Dr. B. Kraus.

Pagenstecher H. A. Ueber das Lufteinblaseı
todter Neugeborner. Heidelberg 1856.

Wildberger Johannes. Neue orthopädiscl
veralteter Luxationen im Hüftgelenke. Mi
gen. Leipzig. Verlag von F. A. Brockhaus



Kinder-Heilanstalten.

I.

Das Kinderspital zu Graz.

Kurzer Ueberblick über die Entstehung und Leistungen desselb der zwölf Jahre seines Bestehens.

Das Kinderspital zu Graz wurde im Jahre 1844 am 1. M um den kranken Kindern mittelloser Eltern unentgeltliche Au ärztliche Behandlung angedeihen zu lassen. Durch wohlthä war ein kleiner Fond gebildet, und eine Wohnung in eine nahegelegenen Vorstadthause gemiethet worden, welche anfa sechs Betten versehen wurde. Die Wartung der Kranken übe barmherzigen Schwestern; die Kosten der Arzneien bestri gemeinde, während die sämmtlichen übrigen Auslagen du fliessenden freiwilligen Gaben gedeckt werden mussten. Bei schränkten Räumlichkeit und den schwachen Geldmitteln konnte die Aufnahme und der Wechsel der zu- und abgehen nur eine sehr kleine Ziffer erreichen, um so mehr als sich a Uebelstand einstellte, dass meist langwierigere Krankheitsf nahme kamen. Indess wurde noch im ersten Jahre die Zal auf zwölf gebracht. Schon nach zwei Jahren konnte in Folg zufliessender Unterstützung der bisherige beschränkte Unter Spitales verlassen und in der gesund gelegenen Vorstadt Gey erbautes geräumiges Haus sammt Garten angekauft werd wurde bloss der erste Stock desselben mit 16 Betten belegt u erdigen Zimmer an Parteien vermiethet; allein bald machte Zudrang von Kranken es nothwendig, auch diese zur Unter Kranken und zu anderweitigen Bedürfnissen eines Spitales Der Belegraum wurde sonach auf 30 und später auf den g Stand von 43 Betten erweitert, ein Badezimmer und eine T hergestellt und mit dem Nöthigen versehen. Ein ziemlic Garten bietet den kleinen Kranken in der günstigen Jahreszei zur Bewegung in der freien Luft.

Aus den jährlich veröffentlichten Berichten über die im S delten Krankheiten geht hervor, dass seit der Zeit des 12jähri dieser Anstalt daselbst 1803 kranke Kinder aufgenommen u wurden; davon wurden 1377 geheilt entlassen; 163 verlie weniger gebessertem Zustande, meist auf Verlangen der Elte oder wurden andern Versorgungsanstalten übergeben; 236 27 verblieben am Schlusse des 12. Jahresberichtes in Beha Sterblichkeitsverhältniss stellt sich demnach im Ganzen Behandelten heraus, oder von je acht behandelten Kindern s Eines.

Ohne in eine Detail-Aufzählung der zur Behandlung Krankheiten einzugehen, sei nur bemerkt, dass die Scroph Rhachitismus in ihren verschiedenen Formen am häufigsten vertreten waren; nächst ihnen standen die fieberlosen un Catarrhe der Athmungsorgane und des Intestinaltractus obenan. Unter den entzündlichen Affectionen praevalirten d Bemerkenswerth ist die geringe Anzahl der verzeichnete

indem während der 12 Jahre des Bestehens dieses Spitales nur 8 Fälle von häutiger Bräune dahin gebracht wurden; sämmtliche waren in den vorgeschrittenen Stadien und zwei bereits im Sterben begriffen. — Von *Hydrocephalus acutus* kamen 5 Fälle zur Beobachtung; 1 genas, bei den 4 andern wurde die Diagnose durch die Section bestätigt. — Die acuten Exantheme traten öfter in epidemischer Weise auf; so herrschte die *Variola* vom Jänner bis März 1848, in welcher Zeit 30 Kinder im Spitale damit behandelt wurden; vom Jänner bis April 1852 trat selbe in einigen 20 und im März 1854 in 12 Fällen im Spitale auf. In demselben Monate zeigte sich auch *Scarlatina* in 12 Fällen. Die *Morbilli* herrschten vom September 1848 bis Februar 1849; in diesem Zeitraum sind 24 damit Befallene verzeichnet; am ausgebreitetsten aber zeigten sie sich im Monate Mai und Juni 1854, während welcher Zeit 45 Fälle zur Behandlung kamen. Der Verlauf war günstig, und ereignete sich unter der bedeutenden Anzahl kein Todesfall. Unter den fieberlosen Hautausschlägen war die Krätze in 141 und das Eczema in 60 Fällen vertreten. — Nebstbei wurden zahlreiche äusserliche Krankheiten, worunter viele ein operatives Einschreiten erforderten, im Laufe der 12 Jahre des Bestehens dieser Anstalt behandelt.

Mögen diese Zeilen indessen genügen, die verehrten Fachgenossen wenigstens mit dem Bestehen und den bisherigen Leistungen eines Institutes bekannt zu machen, das mit schwachen Mitteln beginnend, durch die Beihilfe theilnehmender Menschenfreunde allmälig an Ausdehnung zunehmend, gegenwärtig unter den wohlthätigen Anstalten der Landeshauptstadt einen nicht unwichtigen Platz behauptet und aller Wahrscheinlichkeit nach einer weiteren Entwicklung entgegen sieht.

Graz im April 1857. Dr. Dissauer,
medicinischer Ordinarius.

II.

Verpflegs- und Heilanstalten für Kinder in Wien *).

A. Die k. k. Findelanstalt.

Dieselbe wurde von Kaiser Joseph II. im Jahre 1784 gleichzeitig mit der Gebäranstalt in's Leben gerufen, und war mit dem allgemeinen Krankenhause, so wie mit dem Irrenhause unter Einer Direktion. Im Jahre 1851 erhielt die Gebär- und Findelanstalt ihre eigene Direktion in der Person des Medicinalrathes Dr. Prinz. Als Staatsanstalten erhalten sie ihre Dotationen aus der Staatskassa. Die Findelanstalt hat den Hauptzweck, die auf den Gratis-Abtheilungen des Gebärhauses geborenen unehelichen Kinder, deren Mütter dem praktischen Unterrichte und dem Ammendienste im Findelhause sich unterziehen, unentgeltlich und die auf der Zahlabtheilung geborenen unehelichen Kinder gegen Entgelt aufzunehmen; als Nebenzwecke die ausser der Wiener Gebäranstalt unehelich geborenen Kinder unter besonderen Bedingungen theils unentgeltlich, theils gegen Entgelt aufzunehmen, und nach Umständen selbst auch ehelichen Kindern zeitweiligen Unterstand zu verschaffen; ferner das Abgeben von Ammen gegen Taxe in Privatdienste und das Sammeln und Erhalten von qualitätmässigem Kuhpocken-Impfstoff zum

*) Mit Benützung von Dr. L. Wittelshöfer's im Jahre 1856 herausgegebenen Werke „Wiens Heil- und Humanitäts-Anstalten; ihre Geschichte, Organisation und Statistik" Wien, L. W. Seidel.

Gebrauche in und ausser der Anstalt. — Das Gebäude der F
befindet sich an der Alservorstädter Hauptstrasse Nr. 108.

Die Ubikationen bestehen in 10 geräumigen, hohen, lu
fünf im ersten und fünf im zweiten Stocke gegen die Mittagss
Aussicht in den geräumigen Hausgarten gelegen und bestim
linge und Ammen, enthaltend 90 Ammen- und 180 Kinderb
in 9 Zimmern für grössere Knaben mit 72 Betten, 2 Zimmern
Mädchen mit 18 Betten, in Schul- und Speisezimmer; auch b
daselbst noch 1 Kapelle, 2 ärztliche Aufnahmszimmer, die
und Verwaltungskanzlei, Liquidatur, Grundbuchslokalität, P
Materialkanzlei und Magazine, die Traiteurie, endlich 2 Wäsch
lokalitäten, 1 Leichen- und 1 Secirkammer. Der Garten steht
und grösseren Kindern zur Benützung offen. Auch befinden
Anstalt die Wohnungen der Aerzte, der Beamten und Die
Aufnahme der Kinder in die Findelanstalt ist entwede
d. i. bis zum vollendeten 10. Lebensjahre, oder unbestim
zur Behebung der Gründe, welche die einstweilige Aufnahm
Die unbestimmte Aufnahme kann nur über Einschreiten d
stattfinden. Ueber jedes in die k. k. Findelanstalt aufgeno
wird der Empfangsschein und das mit diesem gleichlautend
chen ausgefertigt; ersterer wird der Mutter des überbrachte
gehändigt, letzteres bleibt bei dem Kinde. Ausser der Mutter
berechtigt, über die Existenz des Kindes Auskunft zu verla
nommen die diessfalls ämtlich einschreitende Behörde. Blei
nur uneheliche Kinder aufgenommen werden. Jedes aufzune
muss katholisch getauft sein; akatholisch getaufte werden
der katholischen Religion erzogen. Ohne Taufschein kan
bleibend aufgenommen werden; derselbe muss die bestimmte
unehelichen Geburt, des Geburtsortes, des Geburts- und T
Kindes enthalten. Innerhalb des normalen Alters (bis zu
kann ein Kind in jedem Alter aufgenommen werden. Die u
Wiederaufnahme eines gegen Revers aus der Findelanstal
Kindes kann nur durch die hohe Statthalterei bewilligt wer
bleibende Aufnahme findet entweder unentgeltlich
Bezahlung Statt. Unentgeltlich aufgenommen werde
lediger Mütter oder Wittwen, welche in der Gratis-Gebäransta
wurden, sich zum praktischen geburtshilflichen Unterrichte i
verwenden liessen, und im Tauglichkeitsfalle Ammendiens
hause leisten; 2) die auf der Gebärklinik des k. k. Josephi
nen unehelichen Kinder; 3) Kinder, deren Mütter auf d
Abtheilung verpflegt wurden, aber bei der Findelanstalt A
leisten; 4) Kinder, sie mögen ausser der Gebäranstalt in W
dem Lande geboren sein, deren Mütter jedoch nach Wien z
zahlungsunfähig sind; 5) Kinder von Pfründnerinnen aus
gungshäusern der Stadt Wien; 6) Kinder, welche inner der I
in den Häusern oder auf den Strassen weggelegt gefunden w

Die Aufnahme gegen Bezahlung. Es bestehen d
gende Taxen: I. Die ganze Aufnahmstaxe per 294 fl.
die volle Verpflegsdauer in sich und muss vollkommen auf
richtet oder doch wenigstens sicher gestellt werden. Sie bl
Parteien bestimmt, welche für den Fall des Absterbens de
Vollendung der Verpflegsdauer oder dessen Entlassung aus
Verpflegung auf die Begünstigung der Zurückzahlung de
Betrages Anspruch machen. Wird das Kind erst später in
gebracht, so bleibt es der Partei freigestellt, jenen Betrag,
die Zeit, die das Kind ausser der Anstalt bereits gelebt hat,

der Summe von 294 fl. abzuziehen. II. Die Aufnahmstaxe per 100 fl. ist so wie die folgende III. und IV. Taxe ein Pauschalbetrag, welcher im vollen Betrage zu erlegen ist, und wovon in keinem Falle eine Rückzahlung mehr stattfindet. Sie ist für Kinder zu bezahlen, welche ausserhalb der Provinz Niederösterreich geboren oder vom Auslande in die Anstalt überbracht werden. — III. Die Aufnahmstaxe per 50 fl. ist zu zahlen für alle auf der I. Classe der Zahlabtheilung geborenen Kinder, so wie für jene, welche ausser dem Gebärhause in Wien oder in Niederösterreich geboren wurden, und deren Mütter ihre Zahlungsunfähigkeit nicht durch ein obrigkeitliches Zeugniss ausweisen können. Diejenigen Parteien, welche diese Aufnahmstaxe bezahlen, können die Pflegepartei ihrer Kinder frei wählen. — IV. Die Taxe von 20 fl. ist zu entrichten für jene Kinder, die auf einer der unteren Zahlabtheilungen des Gebärhauses geboren wurden, deren Mütter keine Ammendienste im Findelhause leisten, so wie für alle übrigen ausser dem Gebärhause in Wien oder auf dem Lande in Niederösterreich geborenen unehelichen Kinder, deren Mütter ihre Unfähigkeit, die höhere Taxe zu bezahlen, durch ein legales Dürftigkeitszeugniss nachweisen können, endlich für weggelegte, ausser Wien in Niederösterreich gefundene Kinder. — Die Findelanstalt hat ihre Ansprüche hinsichtlich der Taxentrichtung nur an die Mutter, in keinem Falle an den Vater des unehelichen Kindes zu stellen.

Unbestimmte Aufnahme. Ueber Einschreiten der Behörden in Wien können sowohl eheliche, als uneheliche Kinder für die Dauer der Krankheit, der Arrestzeit oder wegen Entweichung oder Tod der Eltern oder Verpfleger als verlassen geworden bis zur bleibenden Versorgung einstweilen in die Findelanstalt untergebracht werden, wo sie jedoch auf Rechnung der betreffenden Armenanstalt oder Gemeinde verpflegt werden. Eheliche Kinder können nur bis zum 6. Lebensjahre zeitweilig aufgenommen werden. Die Verpflegskosten für die zeitweilig der Anstalt übergebenen Kinder sind zu bezahlen, wenn die Kinder ehelich sind und nach Wien zuständig, vom allgemeinen Versorgungsfonde, wenn sie nicht nach Wien zuständig sind, von der Zuständigkeitsgemeinde; wenn die Kinder unehelich sind, ist zur Zahlung der Verpflegskosten verpflichtet die Mutter oder die zur Versorgung des Kindes gesetzlich bestimmten Verwandten, und im Falle der Zahlungsunfähigkeit derselben die betreffende Zuständigkeitsgemeinde. — Die Findlinge werden bis zum Normalalter, d. i. das vollendete 10. Lebensjahr, von Seite der Findelanstalt verpflegt; die Verpflegung findet entweder unmittelbar in der Anstalt oder ausser derselben bei Pflegeparteien Statt. Nach dem Wortlaute des Josephinischen Statutes sollen im Findelhause selbst nur die kranken und die angesteckten Kinder, bis sie geheilt und auf das Land hinaus gegeben werden können, verbleiben. Zur Ernährung und Pflege der im Findelhause sich befindenden neugeborenen Kinder wird eine gewisse Anzahl Ammen aufgenommen von den Gratis-Abtheilungen des Gebärhauses; ihre Zahl ist gegenwärtig auf 90 festgesetzt. Die Ammen erhalten für die Zeit ihres Aufenthaltes im Findelhause an Löhnung täglich $2^2/_3$ kr. CM.; die Totalsumme wird ihnen beim Austritte aus der Anstalt ausbezahlt; ausserdem erhalten sie die Anstalts-Ammenkleidung und volle Verköstigung. — Seit dem Jahre 1801 werden aus der k. k. Findelanstalt auch Ammen an das Publikum abgegeben. — Die Kinder von Einem Jahre bis zum dritten Lebensjahre werden mit Milch, eingekochter Suppe und Milchspeise ernährt. — Grössere Kinder bis zum vollendeten sechsten Jahre erhalten nebstbei noch Gemüse, viermal in der Woche Rindfleisch und dreimal des Abends Einmachbrühe mit Kalbfleisch. Kinder über sechs Jahren erhalten täglich Rindfleisch mit Gemüse, Roggenbrod und des Abends Einmachbrühe mit Kalbfleisch oder Mehlspeise.

— Die **Verpflegsgebühr** per Tag und Kopf füı Einem Jahre beträgt 10⁷/₈ kr.; für Ein Kind vom erı zum vollendeten sechsten Jahre 21²/₈ kr.; für Ein Kin 23²/₈ kr. CM.

Die grösseren lernfähigen Kinder erhalten in der . eigens hiezu bestellten Lehrer täglichen Schulunterrich

Alle Kinder der Findelanstalt selbst, so weit es i Gesundheit gestatten, so wie auch von Aussen in die A gebrachte Kinder werden daselbst geimpft; zugleich w wundarzte allwochentlich zweimal praktischer Unterr ertheilt, und beständig frischer Impfstoff in hinlängli melt, um an auswärtige Impfärzte abgegeben zu werde

Bei der **Verpflegung der Kinder auss**(werden besonders die Landparteien berücksichtigt; in reszeit dürfen Findlinge nur an solche Parteien abgcgel nicht über 5 Meilen von Wien entfernt sind. Jede Pfle über die katholische Religion, den verheirateten Stand, wandel und entsprechenden Vermögenstand durch ei ausweisen können. Die Verpflegsgebühren für die ausw der Findlinge betragen dermalen: Im 1. Lebensjahre 2. Lebensjahre 40 fl.; vom 3. bis inclusive 6. Lebensja bis inclusive 10. Lebensjahre 20 fl. — Nach vollendet jahre erhält die Pflegepartei eine Remuneration von 4 Verpflegsgebühren erhalten die Pflegeparteien auch noc der Anstalt versehene Wäsche und Kleidungsstücke.

Die **Aufsicht der Findlinge in Wien** w hiezu angestellten Findelkinder-Aufsehern (Aerzte), dem Findelhausfonde besoldet werden, besorgt. — **Di Kinder auf dem Lande** handhaben vor Allem (Gemeindevorsteher und die Bezirksämter, das kreisärz sonale und die Kreisbehörde. — In Wien sind die Bezi Wundärzte zur Behandlung der erkrankten Findlinge ɛ soldete Sanitäts-Individuen haben, jedoch gegen eine d Tarif bestimmte Vergütung, ebenfalls die Verpflichtuı liche Behandlung angedeihen zu lassen. Die in der verstorbenen Findlinge werden vorläufig in der Hausl gesetzt und kommen dann in die Leichenkammer des kenhauses und von dort zur Beerdigung. Bei den in verstorbenen Findlingen hat die Todtenbeschau im Lok Kind starb, zu geschehen. Die Todesart und der Sterbet beschauer auf das Kindeszeichen anzumerken; der P des Ablebens und der unentgeltlich geschehenen Be Zahlungsausweise anzumerken. — Mit der Erreichun d. i. des 10. Lebensjahres, hört die Verpflegung aus de auf. Aus der Findelanstalt werden Findlinge unter b nissen abgegeben an die **Waisenanstalt**, in die **Vers** in's **Taubstummen-Institut** und in das **Blinden**

In die **Besorgung der Geschäfte** des Findel der **Direktor**, der den Titel eines Medizinalrathes fü liche, administrative, ökonomische und disziplinär Anstalt führt, und einen jährlichen Gehalt von 200 wohnung hat (gegenwärtig Medizinalrath Dr. **Prinz** liche Personale fasst in sich: den **Hauswundarzt** (g Dr. **Friedinger**), dem auch zunächst das Impfgeschä Gehalte pr. 500 fl., Naturalwohnung, 7 Klafter Brenn Kerzen; den **Sekundararzt** (Dr. **Wiederhofer**),

von 2 Jahren angestellt ist, mit dem Gehalte per 400 fl., Naturalwohnung und deren Beleuchtung und Beheizung. Vier Findelkinder-Aufseher, wovon der Dienstälteste 420 fl., die andern drei 400 fl. Gehalt und jeder ein Quartiergeld per 50 fl. bezieht. — Das übrige Verwaltungs-, Wart- und Dienstpersonale begreift eine Aufseherin, welche eine geprüfte Hebamme ist, einen Lehrer, 3 Oberwärterinnen und 10 Nebenwärterinnen, 2 Oberbeamte, den Verwalter (Herr Franz K. Niklas) und den Kontrollor (Herr J. Bausewein) und 8 subalterne Beamte.

B. Kinderspitäler.

1. Das Kinderspital zu St. Anna.

Dieses Spital wurde ursprünglich als Privatspital von dem gegenwärtigen Prof. Mauthner in der Vorstadt Schottenfeld im Hause Nr. 26 auf eigene Kosten errichtet, und am 25. August 1837 dessen Eröffnung dem Publikum bekannt gemacht. Im Jahre 1840 wurde das Nachbarhaus angekauft und dahin übersiedelt. Am 24. Mai d. J. übernahm Ihre Majestät die Kaiserin Maria Anna das Protektorat derselben und gründete sechs Betten für ewige Zeiten. Im Juli 1840 erhielt Mauthner die Bewilligung zur Aufnahme kranker Kinder gegen Bezahlung, und am 25. Juli 1842 trat der Gründer als Eigenthümer des Institutes zurück, und übergab dasselbe einem in's Leben getretenen Vereine, bei welchem Mauthner als Sekretär wirkt. Bereits im Jahre 1844 hatte das Spital 40 Betten, mit einem Stammkapitale von 30,000 fl.; da aber die Räumlichkeiten nicht mehr allen daselbst Hilfesuchenden genügten, wurde im Jahre 1847 der Plan zu einem neuen Gebäude gemacht, welches im September 1848 vollendet und im Beisein Ihrer Majestäten des Kaisers Ferdinand und der Kaiserin Maria Anna und der Frau Erzherzogin Sophie feierlich eingeweiht wurde. Dasselbe führt, dem Wunsche der hohen Protektorin gemäss, seitdem den Namen St. Annen-Kinderspital.

Mit der Eröffnung des neuen Gebäudes trat das Institut in die vollen Rechte der übrigen Staatsanstalten. Am 4. Juli 1849 erfolgte von der Regierung die Entschliessung, vermöge welcher das k. k. allgemeine Krankenhaus kranke Kinder in dieses Spital zu senden, und die eingehenden Verpflegsgebühren an dasselbe abzuführen hatte. Im Oktober d. J. erfolgte die Entscheidung des h. Unterrichts-Ministeriums, nach welcher im Kinderspitale eine mit 2500 fl. dotirte Kinderklinik errichtet wurde, und am 20. April 1850 begann Dr. Mauthner als Docent dieses Jahres daselbst seine Vorträge am Krankenbette.

Das Gebäude befindet sich nächst der Hernalser-Linie in der Alservorstadt Nr. 361, es nimmt einen Flächenraum von 659 Quadratklaftern ein; ist ringsum frei, von Gartenanlagen begrenzt, und hat einen für dereinstige Erweiterung bestimmten Baugrund von 540 Quadrat Klafter. Die Hauptfronte des Gebäudes ist 20 Klafter lang, und 14 Klafter breit. Acht grosse Hauptfenster in der Fronte entsprechen eben so vielen Krankensälen, jeder zu 12 Betten. Im Mittelpunkte befindet sich die Hauskapelle. Die Krankenzimmer liegen sämmtlich gegen Süden, und sind gegen Norden durch einen 9 Schuh breiten Korridor geschützt. Ausserdem befinden sich noch grössere und kleinere Krankenzimmer in den Seitentrakten, so dass das Gebäude 120 Kranke aufnehmen könnte.

Nach den Statuten werden Kinder jeden Alters, ohne Unterschied der Religion und des Standes aufgenommen. Die Aufnahme und Verpflegung geschieht bei Mittellosen, welche sich mit einem legalen Armuthszeugnisse ausweisen, gratis, bei Bemittelten gegen 6—12 fl. C. M. per

Monat. Für Säuglinge werden Ammen genommen. Arme externe Kranke erhalten Arzneien und ärztliche Besuche gratis.

Der ärztliche Dienst wird von dem Chef-Arzt Prof. Mauthner, Ritter v. Mauthstein, einem 1. Sekundararzte und Assistenten der Klinik (gegenwärtig Dr. Wschiansky) und einem 2. Sekundararzte (Dr. Noskiewić) besorgt. Für den Wartdienst sind weibliche Wärterinnen, durchschnittlich für 8 Kranke eine Wärterin bestimmt. Für die ökonomische Regie ist eine Verwalterin mit 200 fl. und ein Rechnungsführer mit 250 fl. besoldet. Die Verköstigung geschieht nach einem festgesetzten Normale. Die Speisen werden im Hause bereitet und nach dem ärztlichen Ermessen ordinirt. Die Materialien bestehen in 93 Stück eisernen Bettstätten und den nöthigen Möbeln. Das Hauptinventar der Wäsche weist dermalen aus: 688 Leintücher, 980 Windeln, 2220 Stück sonstige Wäsche.

Die oberste finanzielle Leitung ist in den Händen eines Comités, an dessen Spitze eine Vorsteherin (gegenwärtig Ihre Durchlaucht Frau Therese Landgräfin v. Fürstenberg) sich befindet. Dasselbe wird aus Vereinsmitgliedern gewählt, und alle drei Jahre durch die Wahl festgesetzt. Die Lokal-Direktion, das Sekretariat und die Kanzleiverwaltung ist einem Direktor anvertraut, welche Stelle derzeit Prof. v. Mauthner bekleidet. — Die jährlichen Einnahmen werden grösstentheils durch Privatwohlthätigkeit herbeigeschafft, ein Theil derselben sind Stiftungsinteressen. Im Jahre 1856 betrugen die Einnahmen 19,088 fl. 51 kr., die Ausgaben 11,035 fl. 5 kr. der Vermögensstand 69,824 fl. 6 kr.

Seit dem Jahre 1851 ist mit diesem Spitale ein kleines Sommerspital verbunden, welches in Baden bei Wien besteht, und durch eigene Zuflüsse erhalten wird. In dasselbe werden arme skrofulöse Kinder von 2—6 Jahren aufgenommen und unentgeltlich verpflegt; auch erhalten sie die dortigen Mineralbäder gratis. Die Oberleitung dieses Filiales hat Prof. Mauthner, als Gründer desselben. Lokal-Direktor ist Dr. Rollet in Baden. Das Sommerspital enthält 12 Betten, und wird von einem Comité verwaltet. Bisher wurden dort 50 skrofulöse Kinder verpflegt.

2. Das Kinderspital zu St. Joseph.

Die erste Idee zur Errichtung eines Kinderspitales auf der Wieden brachte der ehemalige k. k. Armenarzt und gegenwärtige Fabriksbesitzer Dr. Alexovits in Anregung, und durch seine Vermittlung bildete sich ein Comité, zu dessen Vorständen der weil. Wiedner-Bezirks-Pfarrer J. N. Lindner, der Bürger Stefan Römer und zu dessen Sekretär Dr. Alexovits gewählt wurden, und welches die bezüglichen Statuten zur Gründung des Kinderspitales ausarbeitete. Im Jahre 1842 wurde durch Miethung der Häuser Nr. 28—29 auf dem Schaumburgergrunde der erste Schritt zur Ausführung des Planes und der Aufnahme von 20 kranken Kindern möglich gemacht. Herr Römer hatte 2000 fl. für die ersten nothwendigen Einrichtungen gewidmet. Noch im selben Jahre stifteten Ihre Majestät die Kaiserin Mutter Karolina Augusta 2 Krankenbetten für ewige Zeiten, und der hochadelige Damen-Verein in Wien 3 Betten durch den jährlichen Beitrag von 260 fl., ebenso gründeten der Grosshändler Herrmann v. Todesko, die Gräfin Hardegg, die Gräfin Dziekonski je Ein Bett. Der Verein benützte ausserordentliche Gelegenheiten, um Stiftungsbetten zu gründen. Im Jahre 1857 übernahm Ihre kaiserliche Hoheit die Frau Erzherzogin Marie Karoline das Protektorat über das Kinderspital zu St. Josef. Das Spitalsgebäude, seit dem Jahre 1843 Eigenthum des Vereines, besteht aus dem alten Hause, enthaltend 1 Krankenzimmer für Blatternkranke mit 4 Betten, eine Hauskapelle und die Wohnung des Vereinsdieners, und aus dem neuen Hause welches 2 Stock hoch ist, und 7 Fenster in der Fronte hat. Zu ebener

Erde sind 2 geräumige Krankensäle, mit 20 Betten, grösstentheils zur Aufnahme der acuten, nicht contagiösen Krankheitsformen, und der chirurgischen Fälle bestimmt; ferner ist hier noch das Ordinations- und Wartlokale, Badezimmer, Wäschdepot und Waschküche; im ersten Stocke befinden sich 3 Krankenzimmer mit 18 Betten, je nach Bedarf für acute Exantheme, oder Krampfhustenfälle bestimmt, die Spitalsküche und die Wohnung der Hausmutter, im 2. Stocke sind ebenfalls 3 Krankenzimmer mit 18 Betten, für acute Exantheme und Augenkrankheiten bestimmt, ferner die Wohnung des Sekundararztes, die Vereinskanzlei. Die Wohnungen des Dienstpersonales sind in der Nähe der Krankenzimmer. Die Anstalt besitzt im Ganzen 60 Betten, nebst einigen aus Weidengärten geflochtenen Körben für kleinere Kinder. — Die Aufnahme betreffend, werden in der Regel nur Kinder zwischen dem 1. und 12. Lebensjahre aufgenommen, und unentgeltlich verpflegt. Säuglinge werden nur ausnahmsweise, wenn sie mit einer contagiösen Krankheit behaftet sind, und die Mütter sich verpflichten, täglich dreimal in die Anstalt zu kommen, um die Kinder mit der Muttermilch zu nähren, aufgenommen. Zufolge hohen Regierungs-Erlasses werden seit dem 1. November 1857 von dem k. k. Bezirkskrankenhause auf der Wieden die dahin zur Aufnahme gebrachten Kinder von 4—12 Jahren dem Kinderspitale übersendet, und erhält das Letztere als Verpflegsgebühr täglich 13 kr. per Kopf. Bei stärkerem Andrange kranker Kinder haben jene mit acuten Krankheiten den Vorzug, ebenso jene, deren Eltern innerhalb der Linien Wiens wohnen. Zur Aufnahme ist ein Armuthszeugniss nöthig. Besuche der Eltern sind nur zwischen 12 und 2 Uhr gestattet. Die Kinder erhalten bei ihrer Aufnahme die Kleider der Anstalt, welche grösstentheils wohlthätige Spenden sind. Der ärztliche Dienst wird von einem Primararzte und einem Sekundararzte versehen. Erstere Stelle, ist unbesoldet, wird seit dem Jahre 1846 von Dr. Franz Mayr bekleidet. Der zweite Arzt, gegenwärtig Dr. Josef Gelmo erhält einen jährlichen Gehalt von 240 fl. nebst Naturalwohnung und Kost aus der Anstaltsküche. Die Ordinationsstunden sind Vormittags von 7—8 Uhr und Nachmittags von 5—6 Uhr; die Ordination für das Ambulatorium beginnt um 4 Uhr und wird von beiden Anstaltsärzten gemeinschaftlich abgehalten. — Den Wartdienst versehen 1 Wärterin und 6 Candidatinnen der mit dieser Anstalt verbundenen Dr. Biehler'schen Stiftung, zur Heranbildung von Kindsfrauen, welche der Oberwärterin untergeordnet sind, während ihrer sechsmonatlichen Lehrzeit theoretischen Unterricht in der Krankenpflege der Kinder von dem Primararzte erhalten, und nebst der vollständigen Kost monatlich 6 fl. CM. beziehen. — Die Medikamente werden aus der Spitalsapotheke des Wiedner-Bezirks-Krankenhauses bezogen. In der schönen Hauskapelle wird an Sonn- und Feiertagen von einem Priester aus dem Orden der Piaristen eine heilige Messe gelesen. — Die Leitung der Anstalt ist in den Händen einer Direktion aus 12 Mitgliedern, deren Vorstand Ludwig Graf v. Breda und Vorstands-Stellvertreter Professor Hessler ist. Die Anstalt zählt 128 Mitglieder und 41 Beförderer, welche zeitweise oder Ein- für Allemal der Anstalt eine Unterstützung zufliessen lassen. — Die Beköstigung der Kranken, des Sekundararztes und Wartpersonales geschieht im Hause in eigener Regie und die Leitung derselben, so wie des übrigen Hauswesens unterliegt der Hausmutter. — Die Ausgaben des Spitals betrugen im Jahre 1856 9,963 fl. 3 kr., die Einnahmen 10,164 fl. 57 kr. Der Vermögensstand 44,454 fl. 22 kr.

C. Kinder-Kranken-Institute.

Wien besitzt gegenwärtig 3 Kinder-Krankeninstitute, deren gemeinschaftlicher Zweck ist, erkrankte Kinder armer Eltern ambulatorisch unentgeltlich ärztlich zu behandeln und ihnen auch die Medikamente gratis zu verabfolgen. — Es wird daher bei jeder dieser Anstalten in einem hiezu bereit gehaltenen Lokale in bestimmten Stunden den überbrachten kranken Kindern die erforderliche ärztliche Hilfe geleistet, während jene kranken Kinder, welche nicht transportabel sind, von den Anstaltsärzten unentgeltlich in ihren Wohnungen besucht und mit den erforderlichen Medikamenten betheilt werden. — Auch werden daselbst Kinder fortwährend geimpft. Diejenigen Eltern, welche für ihre erkrankten Kinder die Hilfe dieser Anstalten in Anspruch nehmen, haben sich mit einem legalen Armuthszeugnisse auszuweisen. Der Direktor der Anstalt ist der behandelnde Arzt in- und ausserhalb des Ordinations-Institutes; ihm zur Seite stehen von ihm gewählte Assistenzärzte. In diesen Anstalten werden genaue Protokolle über die behandelten und mit Medikamenten betheiligten Kranken geführt und in bestimmten Zeiträumen Zahlenrapporte mit Angabe der behandelten Krankheitsformen dem Sanitätsmagister, wie auch der k. k. n. ö. Statthalterei vorgelegt.

Das älteste derartige Institut ist das

1. Erste öffentliche Kinder-Kranken-Institut in der Stadt Nr. 472.

Dasselbe wurde im Jahre 1787 vom Dr. Jos. Joh. Mastalier gegründet, und unter dessen Nachfolger Dr. Leopold Gölis im Jahre 1794 zu einer öffentlichen Anstalt erhoben. Zur Bestreitung der Ausgaben für den Bedarf der Medikamente u. s. w. wurde durch wohlthätige Spenden ein Fond gegründet, dessen Interessen verwendet werden. Der gegenwärtige Direktor des Institutes ist Dr. Leop. Politzer; ihm zur Seite steht als Assistenzarzt Dr. Emanuel Kolisch.

2. Das Kinder-Kranken-Institut auf der Wieden Nr. 481.

Es wurde von dessen gegenwärtigem Direktor Dr. Hügel im Jahre 1844 gegründet, und grösstentheils aus eigenen Mitteln erhalten. Gegenwärtig besteht ein Verein zur Erhaltung des Institutes. Als Assistenzarzt fungirt Dr. Hiermer.

3. Das jüngste derartige Institut zu Mariahilf Nr. 57

besteht seit dem Jahre 1855. Zwar zählte Mariahilf bereits schon im Jahre 1826 ein Kinder-Krankeninstitut, gegründet von Dr. Mükisch, und auf dessen eigene Kosten erhalten. Aber nach dem früh erfolgten Tode des Gründers ging dieses Institut schon im Jahre 1830 ein. Erst 25 Jahre später errichtete Dr. Luzsinsky aus eigenen Mitteln das jetzt bestehende Ordinations-Institut, und die grosse Zahl der in den Ausweisen namhaft gemachten, daselbst zur Behandlung gekommenen Krankheitsfälle beweiset, wie gross der Zuspruch des armen, hilfsbedürftigen Publikums zu dieser Anstalt ist. Im Jahre 1856 brachte Dr. Luzsinsky den Betrag von 1264 fl. 49 kr. dem Zwecke der Anstalt zum Opfer. Die Stelle des Assistenten bekleidet Dr. Lederer.

D. Die orthopädische Privat-Heilanstalt

der Doctoren **Lorinser** und **Fürstenberg.**

Nach der im Jahre 1842 erfolgten Auflösung des von Dr. Zink errichteten orthopädischen Institutes entbehrte Wien einer ähnlichen Anstalt, bis im Jahre 1850 Dr. Friederich Lorinser wieder eine orthopädische Uebungsanstalt in den Gartenlokalitäten des Hauses Nr. 2 in Hungelbrunn

auf der Wiedner Hauptstrasse errichtete, wo die Kranken zweimal des Tages die ihnen vorgeschriebenen gymnastischen Uebungen machten. Noch im nämlichen Jahre verlegte Lorinser seine Anstalt in das Haus Nr. 100 auf der Landstrasse, wo er bereits Kranke in Kost und Verpflegung übernahm. Zur leichteren Ueberwachung der Anstalt verband sich Lorinser mit Dr. Moriz Fürstenberg aus Berlin. Im Jahre 1851 erhielt Lorinser durch ein hohes Ministerialdekret die Bewilligung zur Errichtung eines vollständigen orthopädischen Institutes und die Ernennung zum Direktor desselben. Seit dem Jahre 1853 befindet sich das orthopädische Institut in Unterdöbling bei Wien im Hause Nr. 26. Es liegt an der südlichen Abdachung der sogenannten „hohen Warte"; das Haus besteht aus einem mittleren, 2 Stock hohen Trakte und 2 Seitenflügeln; die vordere Front des Hauses ist gegen Süden, die hintere gegen Norden, dem dazu gehörigen parkähnlichen Garten gekehrt. In dem Erdgeschosse befinden sich nebst der Küche, Vorrathskammer, Waschküche und Dienstbotenzimmer, die Wohnung des Mechanikers, der grosse Turnsaal mit den Turnapparaten und 2 separirte Krankenzimmer. Im ersten Stocke sind ebenfalls 2 separirte Krankenzimmer, ferner das Sprech- und Speisezimmer mit einer Sammlung von Modellen der in der Anstalt üblichen orthopädischen Apparate, einer kleinen Bibliothek und Sammlung photographischer Abbildungen der in der Anstalt behandelten Verkrümmungen. Die anstossende Reihe von 4 mit einander verbundenen Zimmern ist ausschliesslich für Mädchen bestimmt, darunter befindet sich das Wohnzimmer der Gouvernante. Im 2. Stocke sind 2 grosse Zimmer für Knaben bestimmt, und ein Zimmer zur Aufbewahrung der ausser Gebrauch gesetzten Apparate. In den separirten Zimmern werden in der Regel nur einzelne Kranke, die allenfalls von einem Angehörigen, oder einer Gouvernante, Wärterin etc. begleitet sind, aufgenommen. In den gemeinschaftlichen Zimmern hat jeder Zögling nebst seinem Bette, welches, wenn es nicht als Streckbett eine besondere Einrichtung hat, eine festgeheftete Strohmatratze, eine Rosshaarmatratze mit Rosshaarkissen, eine abgenähte wattirte Decke sammt einer grossen Wolldecke enthält, ein versperrbares Nachtkästchen. Kleider und Wäsche der Zöglinge werden in besonderen Garderobkästen verwahrt.

Unmittelbar hinter dem Gebäude ist der Turnplatz, der bei heiterem Wetter und in der wärmeren Jahreszeit benützt wird; neben dem Institutsgebäude sind in einer ebenerdigen Wohnung die Werkstätten zur Anfertigung der orthopädischen Apparate untergebracht. Im rückwärtigen Theile des Gartens befindet sich das Badehaus, für kalte und warme Bäder und Douchen eingerichtet; in der Nähe liegt ein kleiner Teich. — Die Zöglinge wohnen bei strenger Absonderung der Geschlechter theils in gemeinschaftlichen, theils separaten Zimmern; ihre Kleidung besteht aus einer weiten faltigen Blouse, die mit einem ledernen Gürtel zusammengehalten wird, und aus weiten oberhalb der Fussknöchel zusammengebundenen Beinkleidern. — Die kalten Waschungen und Douchen werden bei Tagesanbruch, die gymnastischen Uebungen ebenfalls in den Frühstunden vor dem Frühstücke und Nachmittags (im Winter von 4 — 5 Uhr) vorgenommen. Das Mittagsmahl wird um 1 Uhr im Speisesaale eingenommen und besteht aus Suppe, Rindfleisch mit Sauce oder Gemüse, und einer Milch- oder Mehlspeise, abwechselnd mit einer Fleischspeise, Salat und Obst; die Zeit vor dem Mittagsmahle wird zum Unterrichte verwendet. Von 2—4 Uhr ist den Angehörigen der Zutritt gestattet. — Die Aufsicht über die Zöglinge führen die Oberpflegerin, die Gouvernante, die Lehrer der Anstalt, sowie das Wartpersonale. Die ärztliche und ökonomische Leitung der Anstalt führen der Direktor und Institutsinhaber Dr. Lorinser und der Mitvorstand Dr. Fürstenberg. Das übrige Personale besteht aus dem Mechaniker, zugleich Turnlehrer, der Oberpflegerin, der Gouvernante, den

Lehrern und dem Wart- und Dienstpersonale. — Die Aufnahme der Zöglinge erfolgt nur nach vorhergegangener genauer Untersuchung derselben. Jeder aufzunehmende Zögling hat in die Anstalt mit sich zu bringen: die nöthigen Kleidungsstücke und Leibwäsche, 4 Servietten, 4 Handtücher, 6 Leintücher, 1 Bettdecke, 1 Essbesteck, Bürsten, Kämme etc.; ferner 2 Turnanzüge. Das Honorar für Verpflegung und Behandlung beträgt für die auf gemeinschaftlichen Zimmern wohnenden Zöglinge per Monat 50—60 fl. CM., für die separat wohnenden Zöglinge per Monat 100 fl., wenn ihnen noch eine zweite Person zur Bedienung beigegeben ist 120 fl. CM. Das Honorar ist monatlich, vierteljährig oder halbjährig im Vorhinein zu entrichten. Die neuanzufertigenden Bandagen, sowie das Honorar für den Unterricht sind besonders zu vergüten. Der Austritt eines Zöglings aus der Anstalt muss wenigstens einen Monat vorher von den Angehörigen schriftlich angezeigt werden, im Unterlassungsfalle ist die für diese Zeit entfallende Verpflegsgebühr an die Anstalt zu vergüten. Im Jahre 1856 betrugen die Auslagen der Anstalt 13,963 fl. 25 kr.

Uebersichtliche

der

verschiedenen Kinder-Verpflegs- und Heil-Anstalten Wiens

A. K. K. Findel-

Gesammtzahl der ufgenommenen Kinder	Gesammtzahl der Erkrankungen	worunter		Mortalität	Krankheiten der einzelnen				
		acute	chronische		des Nervensystems	der Sinnesorgane	der Mund- u. Rachenhöhle	der Respirat.-u. Circul.-organe	des chylopoëtischen Systems
9228	2105	55%	45%	60%	2%	23%	5.5%	12%	20.5%

B. Kinder-

	Gesammtzahl der verpflegten Kranken	worunter		Mortalität	Krankheiten		
		acute	chronische		des Nervensystems	der Sinnesorgane	der Mund-u. Rachenhöhle
t. Annen-Kinderspital	1188	70%	30%	27%	5.4%	11%	2.5%
t. Joseph-Kinderspital	369	67%	33%	12%	4.5%	8.5%	2%

C. Ordinations-

	Gesammtzahl der behand. Krankh.	worunter		Krankheiten		
		acute	chronische	des Nervensystems	der Sinnesorgane	der Mund-u. Rachenhöhle
rstes öffentl. Kinder-Kranken-Institut. Director Dr. Politzer .	2819	71%	29%	1.5%	6%	2%
mbulatorium des St. Annen-Kinderspitales	3531	72%	28%	6.5%	6.5%	4.5%
mbulatorium des St. Joseph-Kinderspitales	1561	74%	26%	3%	6.5%	2%
inder-Kranken-Institut auf der Wieden. Director Dr. Hügel . .	2086	27%	73%	5.5%	2%	3.5%
inder-Krankeninstitut in Mariahilf. Director Dr. Luzsinsky . .	6340	71%	29%	8%	5%	3%

D. Orthopädische Heilanstalt der

Gesammtzahl der Behandelten	wovon geheilt	Unter den Geheilten		
		Rückgrats-Verkrümmungen	Gelenks-Kontrakturen	Spitzfuss
47	20	14	4	1

Darstellung
in den
im Jahre 1856 verpflegten und behandelten Kinder.

Anstalt.

Systeme und zwar:				Contagiöse Krankheiten:			
des urogenitalen Systems	der Haut	der Ernährung und Blutmischung	Aeusserliche Krankheiten	Blattern	Masern	Scharlach	Krampfhusten
0.5%	6.5%	21%	9%	6	1	1	2

Spitäler.

der einzelnen Systeme und zwar:						Contagiöse Krankheiten:			
der Respirat.- u. Circulat.-Organe	des chylopoëtischen Systems	des urogenitalen Systems	der Haut	der Ernährung u. Blutmischg.	Aeusserliche Krankheiten	Blattern	Masern	Scharlach	Krampfhusten
17%	12.5%	0.1%	21.5%	21%	9%	28%	5%	15%	1%
19 5%	6%	0.5%	28%	18%	13%	23%	6%	23%	24%

Institute.

der einzelnen Systeme und zwar:						Contagiöse Krankheiten:			
der Respirat.- u. Circulat.-Organe	des chylopoëtischen Systems	des urogenitalen Systems	der Haut	der Ernährung u. Blutmischg.	Aeusserliche Krankheiten	Blattern	Masern	Scharlach	Krampfhusten
25.5%	15%	—	6%	33%	11%	—	—	9%	28%
21%	16%	0.5%	15%	20%	10%	16%	27%	14%	10%
27.5%	18%	1%	13%	17%	12%	11%	4%	12%	15%
25%	12%	4%	29.5%	7%	11.5%	3%	12%	8°.	12%
30.5%	25%	1%	6.5%	14%	7%	9%	—	9%	4.5%

Doctoren Lorinser und Fürstenberg.

waren: Gelenks-Entzündung	Nicht geheilt	worunter: Rückgrats-Verkrümmungen	In Behandlung verblieben
1	2	2	25

Schlussbericht.

Am Ende unseres Jahrganges (welcher durch die A
IV. Heftes abgeschlossen wird) angelangt, erachten
unsere Pflicht, nochmals einen prüfenden Blick auf d
schaftliche Materiale auf pädiatrischem Gebiete zurück
welches theils in diesem Jahrbuche, theils in
Zeitschriften und selbständigen Werken
und so Gemeingut der Oeffentlichkeit und Gegenstand
oder Prüfung geworden ist. Auf diese Weise lässt sich
ein Ueberblick gewinnen über das, was geleistet worde
stellen, welche Fortschritte in der Pädiatrik wir dem h
mengefassten Zeitraume vom Beginne des Jahres
Mitte 1857 zu verdanken haben.

Die populäre Darstellung der **Kinder-Diät**
sich Mauthner und Bednař in ihren darüber verö
Werkchen zum Vorwurfe gemacht, und es hat sich
Felde namentlich Letzterer durch den unnachsichtlichen
manche Vorurtheile unbestrittene Verdienste erworben.
satze zu dieser Auffassungs- und Darstellungsweise will
in seinen „Ideen zur Anbahnung einer wissensch
Diätetik und physischen Erziehung" vorerst ei
wissenschaftliche Grundlage aufgestellt und auf der
Ausbau dieser beiden wichtigen Zweige vollendet wisse
gabe, welche darin der Physiologie gestellt ist, wird w
lange ihrer Erfüllung harren, bis die physiologische I
des ausgebildeten Organismus fertig ist. So erschöpfen
Versuch einer wissenschaftlichen Erörterung über Ver
handelt ist, so ist daraus dennoch ersichtlich, dass zu de
tigten Baue noch manche Vorarbeiten fehlen und dass
führung von vielen Nebenumständen und nicht stets g
rechnenden Nebeneinflüssen abhängt.

Wie Noth es übrigens thut, der naturgemässen E
des Kindes die gehörige Aufmerksamkeit zu sche
deutlich der Eifer, womit diese Frage vom praktischen S
von mehreren Aerzten behandelt wird, und es ist bei die
jedenfalls erforderlich, dass man auf dem von der I
angewiesenen Wege bleibt, und statt nach Surrogate
zu suchen, das gebotene beste Ersatzmittel, die Thi
untersuchen, der Muttermilch ähnlich zu machen und
dienliche Weise zu conserviren und zu verabreic

Auscultation als Hilfsmittel zur Diagnose der Krankheiten des Gehörganges von Gendrin zu erwarten steht, müssen fernere Versuche lehren.

Die Aetiologie im weiteren Sinne des Wortes hat auch in der Pädiatrik ihre Vertreter in Löschner und Rilliet gefunden, ersterer schrieb über „Meteorische Einflüsse auf Erzeugung von Krankheiten" bei Kindern, eine Abhandlung, welche zeigt wie und was man in dieser Beziehung zu beobachten hat, um auf dieser Bahn endlich einmal zu wissenschaftlichen Resultaten zu gelangen; — letzterer theilt seine Beobachtungen über den Einfluss der Blutverwandtschaft zwischen Eheleuten auf deren Kinder mit, welche er zu Genf gesammelt hat, und die nicht zum Vortheile der betheiligten Generation ausschlagen.

Von chemischen Arbeiten zum Behufe der Aufklärung pathologischer Prozesse haben wir leider nur eine Arbeit von Holder zu verzeichnen, Untersuchung des Harnes im Verlaufe des Scharlachs, mit dem Resultate, dass er im Harne seiner Kranken in der Periode der Abschuppung stets Eiweiss gefunden habe.

Ebenso vereinzelt steht mit den mikroscopischen Leistungen eine Untersuchung Küchenmeisters über die Aphthen-Pilze.

Die specielle **Krankheitslehre und Casuistik** ist dagegen ziemlich reichlich vertreten: Hautkrankheiten. Eine Mittheilung über *Variolae haemorrhag.* von Löschner, und über die wahrscheinliche Incubationszeit (3 — 21 Tage) des Masern-Contagiums von Kerschensteiner; über Typhus-Exanthem von Mayr. Die Existenz der Rubeola als selbstständige Ausschlagsform wird von Gelmo in einer kritischen Abhandlung in Frage gestellt. Einen Fall von Cyanose in Folge Communikation der Herzventrikel hat Mauthner mitgetheilt.

Syphilis congenita. Die aufgezeichneten Fälle von Friedinger und Mardon sind ganz geeignet, sowohl Licht über die Frage, ob die Infection von Seite des Vaters oder der Mutter ausgegangen, sowie über die constanteren Sectionsergebnisse zu verbreiten.

Rhachitis. Küttner bespricht die auffallend ungünstigen aetiologischen Momente für diese Krankheit in Dresden; Betz hat neuerdings auf die Hyperaesthesie und Gertardt auf die Carnification des Lungengewebes (von ihm *Atelectasia acquisita* genannt) als Complicationen aufmerksam gemacht. Zu den selteneren Fällen dieser Krankheit gehört der von Meyer beschriebene, wo sich Periostitis mit eitrigem Produkte einstellte.

Ueber den Abgang von Eingeweidwürmern (*Oxyuris vermicularis*) hat Küchenmeister an sich Beobachtungen ange-

eine „Merkwürdige Bildungs-Anomalie des Herzens“ von Clar, und Ectopie desselben von Doteauer; — als Beiträge zu den Verkrümmungen der Gliedmassen durch Einschnürung dienen die verzeichneten Fälle von Weisse und Friekhöfer. Einen Casus von sogenanntem Lungen - Epitheliom des Fötus (Anfüllung der Endigungen der Luftwege durch Pflaster-Epithelium) veröffentlichte Lorin und Robin. — Hennig und Wagner beschrieben ein Enchondrom, welches im Gehirne eines todtgebornen, mit Hydrocephalus behafteten Kindes gefunden wurde.

Von mehr praktischem Werthe sind die Sectionsbefunde, welche nach vorausgegangenen Erkrankungen seltener Art angestellt und aufgezeichnet wurden; so theilt Schuller seine Erfahrungen über die Apoplexien Neugeborner und Stiebel jun. über parenchymatöse Gehirnhämorrhagien in specie mit; über Hirnabscesse gleichfalls Stiebel und Lebert. — Löschner beschreibt zwei Fälle von acuter Atrophie und Cirrhose der Leber, welche durch ihre Zusammenstellung mit den complicirenden Affektionen anderer Organe und den im Leben stattgehabten Erscheinungen lehrreich sind. Der Aufforderung Elsässers, über *Gastromalacia infantum* weitere Versuche anzustellen, ist Küttner durch Veröffentlichung seiner Beobachtungen über 25 Fälle dieser Art nachgekommen, und findet die Untersuchungsresultate E.'s, die Magenerweichung als Leichenphänomen aufzufassen, durch seine Erfahrungen bestätiget.

Die **Semiotik** und Untersuchung des kranken Kindes wurde von Mayr zum Gegenstande einer grösseren Abhandlung gewählt, welche in gegliederten Aufsätzen nicht bloss die äusseren Erscheinungen (Symptomatologie), sondern auch deren Zusammenhang mit inneren krankhaften Vorgängen wiederzugeben bestrebt ist. Speciellere Arbeiten auf diesem Felde sind: von Seux, „Der Puls der Neugebornen“, dessen Versuche auch wieder zum Resultate führten, dass die Temperatur der Haut ein viel sicheres Kennzeichen als der Puls sei; von Gall „Die fettigen Stühle als Symptom der Mesenterial - Tuberculose“; von R. Friedrich „Die Untersuchung des Milztumor, als Begleiter mehrerer und zwar von einander verschiedener Erkrankungen im Kindesalter“; und endlich von Baillarger „Ueber frühzeitige Schädelverknöcherung bei Microcephalen“, wodurch langsamere Entwicklung des Hirns (Idiotismus) bedingt werde.

Die physikalische Untersuchung der Lungen kleiner Kinder von Vogel ist die erste ausführliche Arbeit über diesen Gegenstand, sie ist der eigenen Erfahrung entnommen, mit Klarheit wiedergegeben und füllt eine bisher noch bestandene Lücke in der Diagnostik der Kinderkrankheiten aus. — Was von der

Welchen Nutzen wird die Therapie der Kinderkrankheiten aus der Arzneimittellehre Schnellers und dem Recept-Taschenbuche Hagens schöpfen?

Ueber **Pathologie und Therapie** verschiedener Krankheiten sind theils Journal-Artikel, theils Monographien vorhanden, und ihr Werth ist unter den pädiatrischen Arbeiten hoch anzuschlagen.

a) Ueber Behandlung der Bindehautentzündung der Neugebornen von Arlt; diese Arbeit ist eine wahre Bereicherung für diesen speciellen Zweig der Medicin zu nennen, indem der Autor statt der empyrischen Behandlung eine auf den Verlauf der Krankheit und der pathologischen Veränderung der Gewebe entsprechende Therapie einführt, und die zum Usus gewordene Anwendung des Silbersalpeters auf ihre richtige Gränze zurückweiset;

b) Ueber Croup und dessen Behandlung liegt eine Mittheilung von Luszinsky vor, das Eigenthümliche der Behandlung liegt in der Anwendung des *Carbonas lixivae*, das Uebrige ist der früheren Methode entnommen und nur nach festeren Indicationen anzuwenden; die günstigen Resultate regen zur Fortsetzung dieser Versuche an, doch nur in der eigentlichen *Laryngitis crouposa;*

c) Ueber Typhus und dessen Behandlung erschien eine Abhandlung von Lederer und eine Monographie von Friedrich, in beiden ist diese Krankheit nach allen Richtungen hin erschöpfend behandelt.

d) Ueber Pathologie und Therapie der wichtigsten Dickdarmkrankheiten von Clar; diese Abhandlung ist von grossem praktischen Werthe und enthält alle Behelfe zur Diagnose und Behandlung dieser Krankheit, die bis jetzt uns zugänglich sind.

e) Die Behandlung der Diarrhöe bei Kindern im ersten Lebensjahre von Schuller, worin besonders die Indication für die Darreichung kleiner Gaben Calomels und dessen günstige Wirkung bei afebrilen Durchfällen hervorgehoben wird.

f) Ueber Eczem von Lederer und Wilson, der erstere den neuern, der letztere den alten Standpunkt in pathologischer, sowie auch therapeutischer Richtung festhaltend.

g) Ueber Erysipel von Hervieux mit besonders beherzigenswerthen aetiologischen Bemerkungen und dem guten Rathe, nicht viel zu thun.

h) Die Syphilis congenita wurde von Zeissl, Braun und Luscinsky in ausführlicheren Arbeiten besprochen. Ersterer hat so ziemlich Alles, was bis jetzt über diese Krankheitsform

stellt, welche den Einfluss der Mondesphasen auf diesen Vorgang neuerdings wieder zur Geltung bringen würden, wenn eine Wiederholung dieser Beobachtung das gleiche Resultat geben sollte.

Die **Therapie** findet auch unter den Pädiatern mehr voreilige Anpreiser, als wahre kritische Prüfer der Arzneiwirkungen, und man wird daher nicht verlangen, dass wir hier jeden einzelnen der Lobredner eines Mittels anführen, dessen Wirkung nicht durch eine Reihe vorurtheilsloser Versuche erprobt ist; wir beschränken uns daher nur auf das Wichtigste.

Das Sonnenlicht will Schreber von den cosmischen Agentien bei manchen Erkrankungen des kindlichen Organismus methodisch als „Sonnenbad" benützt wissen, und fordert zu weiteren Versuchen auf.

Pepsin, dessen gute Wirkung bei Dyspepsie Barthez in mehreren Fällen bestätiget fand, hat sich bei den damit im St. Josefkinderspitale angestellten Versuchen nicht bewährt.

Leberthran. Jongh, welcher dessen chemische Beschaffenheit neuerdings untersuchte, nennt die braune norwegische Sorte die wirksamste, den Neufoundländer Thran aber der Verdauung am besten zusagend, um letzteren Zweck zu erreichen, empfiehlt O'Connor, der ersteren Sorte Chinin zuzusetzen. Behrend wendet die daraus bereitete Seife gegen Eczem an. Die gepriesene Heilkraft dieses Mittels hat an Marcus einen entschiedenen Gegner gefunden.

Die Spirituosen emphiehlt Küchenmeister gegen die Parasitenbildung als die wirksamsten Mittel.

Gegen Keuchhusten hat man wieder verschiedene Stoffe als mehr weniger untrüglich vorgeschlagen: so Spengler: *Coniin*, Gibb: *Salpetersäure*, Michea: *Atropin*, und Jugmann neuerdings die *Belladonna* etc. Der Ruhm dieser Mittel wie der aller anderen wird die Zeit ihrer Anwendung nicht überdauern.

Bicarbonas Sodae empfiehlt Baron sehr eindringlich gegen alle Exsudativ-Processe besonders diphtheritischer Natur.

Ueber die Anwendung der Syphilisation an Kindern hat Boek seine Resultate veröffentlicht, sie sind gewiss jedem Kinderarzte von Interesse, dürften aber vorläufig wenig Nachahmer finden.

Die Wirkungen der Electricität gegen Krankheiten im Kindes-Alter hat Markbreiter neuerdings nach eigenen Erfahrungen erörtert.

Die Balneotherapie hat an Nettwald einen erfahrenen Vertreter gefunden, und die Exposition der Wirkung der Jod- und Bromhältigen Soole zu Hall in verschiedenen Kinderkrankheiten ist ermunternd genug, um auch andere Collegen zur Publikation ihrer balneologischen Erfahrungen anzueifern.

In der Behandlung der Hüftkontrakturen spricht Friedberg der sogenannten intermediären Position, als der besten Heilmethode, entschieden das Wort. — Neu ist unseres Wissens die Behandlung der Paraphymose an Kindern, welche Bókai mittelst Compression durch Heftpflasterstreifen mit gutem Erfolge bewerkstelligte. — Von besonderem Interesse auf diesem Felde sind noch zwei Abhandlungen, nämlich: „Ueber die radikale Behandlung der Hydrocele" von Linhart und die „Behandlung der Knochenbrüche bei Kindern im ersten Lebensjahre" von Cessner.

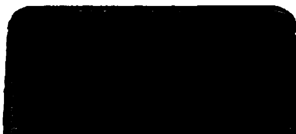
Gerichtliche Medizin. Maschka beschränkt die Lungenprobe in seiner Arbeit: „Beitrag zur Lehre von der hydrostatischen Lungenprobe nach eigener Erfahrung und nach zu diesem Zwecke angestellten Versuchen" auf ein umgrenzteres Feld, als sie bisher eingenommen, indem er die durch Athmung, Fäulniss und Lufteinblasen bewirkten Veränderungen des Lungengewebes genauer als bisher erörtert. Hodaun glaubt, dass der Nachweis des Harnsäureinfarkt in den Nieren Neugeborner die Lungenprobe bedeutend unterstützen könne; wenn sich aber die Untersuchung Heckers in diesem Punkte bestätigen sollte, dass nämlich der Harnsäure-Infarkt nur ein pathologischer Vorgang ist, so wäre von dieser Seite für die forensische Medizin nichts weiter zu hoffen. — Die Verblutung Neugeborner aus der Nabelschnur, als Todesursache, wurde von Vormann abgehandelt und die in gerichtlicher Beziehung wichtige Frage: Wann ist der Tod aus dieser Ursache erfolgt? mit Schärfe und Umsicht beantwortet.

Auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege ist das Erscheinen des „Englischen Blaubuches über Impfung" Epoche machend, indem darin auf überzeugende Weise durch Ziffern und Thatsachen die grosse Wohlthat der Jenner'schen Erfindung neuerdings constatirt wird.

Wenn wir daher am Ende unseres Berichtes auf die pädiätrischen Leistungen zurückblicken, welche den Zeitraum von 1½ Jahren ausfüllen, so müssen wir bekennen, dass viel geschehen sei und dass noch viel mehr zu thun übrig bleibe.

Inhalt.






3 2044 103 065 298